

TRAVAIL DES SERVICES DE MM. LES DOCTEURS GUINON ET BOULLOCHE,
A L'HOPITAL TROUSSEAU

ÉTUDE DES
CRISES DOULOUREUSES ABDOMINALES
EN RAPPORT AVEC
LE PURPURA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Octobre 1907 à 1 heure

PAR

EUGÈNE VIELLIARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Président	M. HUTINEL, professeur.
Juges.	MM. Albert ROBIN, professeur.
	GILBERT, professeur.
	MÉRY, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G. JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Monsieur le Professeur agrégé DUGUET (1898-1899)

Externat

Monsieur le Docteur MOUTARD-MARTIN (1900 et 1901-1902)

Monsieur le Docteur GUINARD (1902-1903)

Internat

Monsieur le Professeur agrégé HALLOPEAU (1903-1904)

Monsieur le Professeur agrégé CAMPENON (1904-1905)

Monsieur le Docteur LANDRIEUX (1905-1906)

Monsieur le Docteur GUINON (1906)

Monsieur le Docteur BOULLOCHE (1907)

Monitorat de tubage et de trachéotomie

Monsieur le Professeur agrégé NETTER (Mai 1907)

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. les Docteurs Jules RENAULT, MORESTIN, AUVRAY, WIART,
BENSAUDE.

INTRODUCTION

Pendant notre quatrième année d'Internat à l'hôpital Trousseau dans les services de nos excellents Maîtres en pédiatrie, Messieurs les docteurs Guinon et Boullouche, nous avons eu l'occasion d'observer quatre cas de crises gastro-intestinales en relation avec des éruptions de purpura.

Frappés du fait que ces quatre malades avaient été envoyés à l'hôpital pour y être placés en chirurgie comme atteints de péritonite et pour y être opérés ; encouragés par M. Guinon qui possédait des observations inédites de cas analogues et qui voulut bien nous autoriser à les reproduire, nous avons pensé qu'il serait peut être intéressant de faire une étude générale de ces phénomènes douloureux abdominaux en nous servant de nos observations et de celles qui nous ont été procurées par la littérature médicale française, allemande et anglaise.

En France, avant nous, un seul travail d'ensemble a été fait sur ce sujet par Calmels (*Thèse sur les troubles gastro-intestinaux dans les purpuras*). L'auteur ne donne qu'une observation personnelle, d'ailleurs très intéressante, et ne rapporte qu'une douzaine d'observations. Nous avons pu en réunir plus du double et encore n'avons-nous pas reproduit toutes celles qui ont servi à notre étude, laissant de côté les moins typiques ou celles qui étaient par trop incomplètes. De plus la thèse de Calmels passe sous silence certains points tels que le diagnostic si difficile à faire entre les crises gastro-intestinales et l'invagination qui peut être en quelque sorte une complication du purpura, tels que les cas où les phénomènes abdominaux précèdent de plusieurs jours

toute éruption cutanée. Il n'a pas non plus eu connaissance des opérations qui ont été faites dans ces cas pendant ces dernières années et de ce qu'elles ont montré. C'est pourquoi nous espérons qu'il n'aura pas été tout à fait inutile d'apporter notre contribution à l'étude de ce sujet.

HISTORIQUE

La première observation d'un des cas qui nous occupent fut rapportée par Willan dans son *Traité des Maladies de peau*, il y a bientôt cent ans. On y retrouve nettement décrite par le dermatologiste anglais la triade sur laquelle nous insisterons plus tard : douleurs abdominales atroces, vomissements, selles sanglantes, précédant de plusieurs jours l'apparition du purpura.

Mais ensuite pendant près de cinquante ans, ces accidents passèrent inaperçus. Gintrac, Bucquoy (1855) Ferrand (1862) dans leurs travaux sur le purpura ne parlent pas ou à peine des troubles gastro-intestinaux. Le *Traité de Pathologie Interne* de Grisolle qui fit époque est absolument muet à ce sujet.

Il en fut ainsi jusqu'au moment où Henoch attira de nouveau l'attention sur les crises viscérales du purpura. Il rapporta en 1867 et 1874 quelques observations d'ailleurs très peu détaillées.

En 1876, en France, Couty publia une longue observation où il nota de façon précise les accidents douloureux gastro-intestinaux. Jusque-là les cas observés étaient si rares que Mistarlet qui fit sa thèse sur l'observation de Couty ne put trouver d'analogues que celles de Henoch et une vieille observation publiée par Olliviers en 1827. Il faisait alors remarquer qu'en dehors de ces cas il n'avait jamais vu « signaler dans le purpura les coliques atroces et les œdèmes erratiques » et Couty « était fort embarrassé pour rattacher cette trilogie symptomatique : purpura, crises intestinales, gonflement articulaire à une espèce morbide déjà décrite ».

La thèse de Laget sur le purpura éxanthématique (1875) est

muette sur les accidents gastro-intestinaux. En 1882, Faisans dans sa thèse rapporte dans son observation principale une crise abdominale qu'il compare à une crise gastrique tabétique.

Du Castel dans sa thèse d'agrégation (1883) cite les divers cas ci-dessus sans en avoir observé.

M. Hutinel et son élève Martin de Gimard (1888 et 1890) virent des malades chez lesquels on avait fait le diagnostic de typhlite et de colique de plomb.

En Allemagne vers le même temps (1890) von Dusch et A. Hoche firent paraître sur la question un travail important sur lequel nous reviendrons pendant qu'en Amérique Osler (1895) étudiait des faits analogues de purpura avec crises gastro-intestinales, s'accompagnant aussi d'erythème polymorphe

En 1898, au Congrès de pédiatrie de Marseille, Perrin a cité aussi dans son rapport sur « les purpuras de l'enfance » les phénomènes douloureux abdominaux et M. Le Gendre rapporta oralement un cas chronique.

M. Apert dans sa thèse classique sur le purpura (1897) n'a pas rencontré chez les malades qu'il a suivis de crises gastro-intestinales. Il dit simplement que « certains cas (de purpura exanthématique) se font remarquer par l'accentuation des phénomènes gastro-intestinaux : les vomissements porracés sont abondants et la douleur abdominale assez vive pour faire parfois penser à une péritonite (forme gastro-intestinale ou pseudo-péritonéale) ». MM. Thibierge, Marfan, Barbier dans leurs articles des *Traité classiques* consacrent quelques lignes du même genre à la « forme pseudo-péritonéale du purpura rhumatoïde ».

Dans ces dernières années Calmels en France, Sutherland et Bursows en Angleterre signalent des observations où la violence et les caractères des accidents justifiaient une laparotomie. On a montré aussi qu'il pouvait y avoir quelquefois réellement invagination intestinale en même temps que le purpura.

Grenet dans sa récente thèse (1905) a consacré quelques pages à la pathogénie des crises gastro-intestinales.

Nous-mêmes avons fait avec notre maître M. Guinon au

Congrès de Pédiatrie d'Alger (avril 1907) une courte communication sur « les pseudo-péritonites purpuriques de l'enfance ». Cette thèse est en somme le complet développpement de ce sujet envisagé aussi chez l'adulte.

CONDITIONS D'OBSERVATION

On sait combien est encore obscure aujourd'hui la question de la classification des purpuras. Tantôt ils sont en relation avec des maladies très diverses : fièvres éruptives, grandes pyrexies, tuberculose, affections hépatiques, angines, etc. On les appelle *purpuras secondaires*. Tantôt ils paraissent dus à des agents inconnus, très vraisemblablement d'ordre toxi-infectieux. On ne peut les rattacher à une autre maladie : ce sont les *purpuras dits primitifs*.

Le purpura n'est en somme qu'un symptôme : c'est l'hémorragie sous-cutanée, « il ne représente pas une maladie », « c'est un symptôme commun à des affections très diverses » (Perrin). Ceci est admis aujourd'hui par tous et on n'a plus la prétention de considérer le purpura comme une maladie autonome, ayant son microbe particulier. « Il n'y a pas un purpura, il y a autant de purpuras qu'il y a de causes capables de le produire » (Barbier). Il n'en est pas moins vrai que ce symptôme, et particulièrement dans ce qu'on est convenu d'appeler les purpuras primitifs, se groupe à d'autres signes de façon à former plusieurs entités cliniques de caractères d'évolution, de pronostic différents. Aussi les auteurs français des travaux et articles récents sur le purpura (Apert, Thibierge, Marfan, Barbier, Perrin, Simon, Grenet, etc.) ont-ils l'habitude d'admettre, avec quelques variations sans importance, une classification qui n'a en somme, comme ils le disent tous, qu'une valeur clinique, mais une valeur véritable.

Ils distinguent trois formes de purpura, quatre si l'on veut en comptant le purpura fulminans de Hénoc'h.

Il était nécessaire de dire tout ceci car les phénomènes douloureux abdominaux à forme de crises que nous étudions n'existent pas dans toutes ces formes de purpuras, et il s'agit de discuter cette assertion.

Tout d'abord ils ne paraissent pas être fréquents dans les formes secondaires de purpuras. Cependant Martin de Gimard, dans l'observation VI de sa thèse, rapporte un cas de violentes douleurs abdominales avec vomissements porracés, précédant de plusieurs jours un purpura rhumatoïde et cela pendant la desquamation d'une *scarlatine*. Nous donnons aussi à la fin de nos observations la relation de trois cas inédits du syndrome pseudo-péritonéal purpurique éclatant pendant la convalescence de la *scarlatine* (Obs. XXXIII, XXXIV et XXXV). Mais ce syndrome, surtout observé dans les purpuras primitifs, est par excellence présenté par la forme de purpura dite rhumatoïde. Qu'est-ce donc que le purpura rhumatoïde ? Rappelons-le brièvement. Autrefois appelé purpura rhumatismal, péliose rhumatismale (Schönlein), on croyait à sa parenté étroite avec le rhumatisme vrai. Peu à peu il en fut détaché, comme tant d'autres pseudo-rhumatismes d'étiologie plus ou moins nette. C'est Mathieu, dans sa thèse (1883), qui proposa le terme de rhumatoïde qui est surtout employé aujourd'hui pour désigner cette forme de purpura aussi appelée exanthématique parce que les hémorragies cutanées qui sont du type pétéchial (1) existent presque seules et « procèdent par poussées analogues à celles qui caractérisent les exanthèmes cutanés » (Barbier). On peut dire qu'une sorte de triade (triade symptomatique de Schönlein) caractérise ce purpura :

1° *L'exanthème purpurique*, fréquemment symétrique et siégeant surtout au niveau des articulations des membres, principalement des membres inférieurs, généralement précédé de quelques prodromes : fièvre légère, lassitude, etc.

1. Les pétéchies sont de petites taches purpuriques punctiformes ou lenticulaires. Elles ne diffèrent des ecchymoses que par leur petite dimension.

2° *Les manifestations rhumatoïdes* (très variables comme caractères et comme intensité, consistant surtout en des arthralgies accompagnées d'œdème périarticulaire et des gaines tendineuses. Souvent aussi il y a des douleurs des masses musculaires. Les arthralgies et œdèmes articulaires peuvent manquer, mais malgré cela le purpura se rapproche encore de la forme classique par son exanthème, son allure et son pronostic (1).

3° *Des troubles gastro-intestinaux.* Ceux-ci peuvent être très peu marqués et ne pas attirer l'attention. Ils consistent en un simple enduit saburral de la langue, de l'inappétence, quelques nausées, un peu de diarrhée, une légère douleur à la pression dans la région épigastrique.

Ainsi dans les 9 cas de purpuras exanthématiques rapportés par M. Apert dans sa thèse, il n'y a pour ainsi dire pas de troubles gastro-intestinaux et Steiner a pu dire que « ce n'est que dans des cas isolés que l'on observe de l'inappétence et même des vomissements. »

Mais que les légers symptômes du troisième terme de la triade de Schonlein s'exagèrent, que les nausées deviennent des vomissements incessants, que la légère douleur épigastrique prenne la forme d'une gastralgie atrocement douloureuse, que la diarrhée devienne profuse et sanglante et nous aurons alors constitué le purpura rhumatoïde ou exanthématique accompagné des crises dont nous étudierons à fond la symptomatologie dans le prochain chapitre. C'est justement des cas de purpura rhumatoïde présentant ces phénomènes que Couty a décrit sous le nom de purpura nerveux et Faisans sous le nom de purpura myélopathique. Opposé au purpura rhumatoïde qui est d'évolution souvent longue, mais de pronostic en général bénin, les auteurs placent le *purpura infectieux primitif* accompagné de larges ecchymoses, de graves hémorragies muqueuses et viscérales, de fièvre élevée, de phénomènes septiques et d'un très mauvais état général. II

1. « Les anthropathies sont beaucoup moins fréquentes que pourrait le faire croire le terme de rhumatoïde par lequel on a caractérisé cette forme de purpura » (Apert. *loc. cit.*, p. 66).

évolue en deux ou trois semaines et se termine généralement par la mort. C'est le typhus angeio-hématique de Landouzy et Gomot, la forme typhoïde de Marfan. Rarement l'état typhoïde vient très rapidement (forme suraiguë de Martin de Gimard).

Or dans cette forme de purpura, il y a bien parfois des troubles gastro-intestinaux : vomissements avec hématémèses, diarrhée avec hémorragie intestinale (1), mais différence essentielle, il manque l'élément douleur abdominale violente. Ces troubles n'ont pas le type du syndrome observé dans le purpura rhumatoïde. Ils rappellent bien plutôt, avec l'état grave qui les accompagne les phénomènes gastro-intestinaux de la fièvre typhoïde tandis que ceux que nous étudions rappellent les affections douloureuses abdominales, les affections à « syndrome péritonéo-abdominal ». Cependant comme il est des cas difficiles à ranger parmi les purpuras rhumatoïdes ou les purpuras infectieux parce qu'ils tiennent à la fois des uns et des autres par différents symptômes (cas de Marfan, de Krusenstern, etc), il ne faudra pas s'étonner, après ce que nous venons de dire, en rencontrant dans ces cas de transition des crises douloureuses gastro-intestinales (par exemple dans l'observation de Faisans où il y eut mauvais état général, fièvre, *parotidite* — dans notre observation IV qui se termine par une phlébite avec température élevée et par la mort).

En troisième lieu, nous arrivons à la *maladie de Werlhof*, nom sous lequel beaucoup d'auteurs étrangers désignent encore tous les purpuras et sous lequel ils ont longtemps été désignés en France. Il est important de le faire remarquer pour ne pas créer de confusion. C'est ainsi que Dirks Dilly cite dans sa thèse des observations de douleurs gastriques et intestinales dans ce qu'il appelle « la maladie de Werlhof de l'enfant ». Or il suffit de lire ses observations pour voir que ce qu'il appelle ainsi n'est autre que le purpura exanthématique rhumatoïde d'aujourd'hui.

En effet dans la maladie de Werlhof telle qu'on la définit actuel-

1. Ces hémorragies gastro-intestinales sont d'ailleurs noyées au milieu du cortège des autres hémorragies de sièges multiples.

lement d'après les deux observations qu'en a donné Werlhof lui-même : « Début brusque imprévu. Eruption purpurique formée de larges macules hémorragiques. Absence de fièvre. Absence de douleurs pseudo-rhumatismales. Pronostic bénin en général » (Barbier). Guérison ordinairement au bout de deux ou trois semaines, à part la forme chronique (?) (1), dans la maladie de Werlhof, disons-nous, « on ne rencontre jamais de troubles gastro-intestinaux » (Marfan).

Enfin, il reste le *purpura fulminans de Henoch*, purpura à début brusque, à marche extraordinairement rapide, à terminaison fatale en moins de vingt-quatre heures (2) et qui est particulier aux très jeunes enfants, aux nourrissons. Cette forme n'a rien à voir avec notre sujet. Mais il est important de remarquer ici qu'il faut se garder de confondre ce que nous appelons en France purpura fulminans de Hénoc et le purpura de Hénoc des Anglais et des Allemands. Ces deux affections sont absolument distinctes. La dernière, nous allons l'exposer une fois pour toutes, car on trouvera plusieurs fois ce nom dans nos observations traduites de l'allemand ou de l'anglais, n'est autre qu'une variété de purpura qui est justement celle qui fait le sujet de notre thèse. Pour nous en convaincre lisons la traduction littérale de la définition du purpura de Hénoc par Sutherland :

« Le *purpura de Hénoc* est une variété clinique de purpura qui mérite plus d'attention qu'on ne lui en accorde d'ordinaire. L'affection dure assez longtemps, mais commence brusquement sans cause ni antécédents morbides. Elle est caractérisée par des attaques répétées d'hémorragies dans la peau, l'estomac, l'intestin et les reins ; par de violentes douleurs sous forme de coliques ; par des vomissements et de la diarrhée ; et quelquefois par des douleurs dans le dos, les membres et les jointures. Elle se termine ordinairement par la guérison, rarement par la mort ».

1. 6 mois (Marfan). Un an (Apert et Rabé).

2. Le cas de M. Bouulloche fait seul jusqu'ici exception à cette règle du pronostic fatal du purpura fulminans.

Quelques observations de cette sorte de purpura avaient été données par Henoch comme nous l'avons fait remarquer dans notre historique et peu à peu Henoch et ses élèves, après en avoir vu de nouveaux cas, différencièrent du purpura rhumatoïde ordinaire (*purpura rheumatica*), sous le nom de Henoch's purpura, le purpura accompagné de phénomènes abdominaux (coliques violentes, vomissements, selles sanglantes). Von Dusch et Hoche surtout firent une étude approfondie du purpura de Henoch que les auteurs allemands subdivisèrent même en deux variétés : l'une où il y avait surtout des phénomènes cutanés constitués par des œdèmes et de l'urticaire (forme 1), l'autre où les phénomènes abdominaux étaient prédominants (forme 2) (d'ap. Leo Langstein).

Pour nous, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire ni exact de séparer si nettement que font les Allemands et à leur suite les Anglais du purpura rhumatoïde le purpura en rapport avec des crises abdominales. Comme le dit Laing Gordon, le nom de purpura de Henoch donne à ces cas une importance factice. Dans la généralité des observations que nous citons, on peut voir que l'on trouve aussi bien les symptômes du purpura rhumatoïde que ceux de la forme 1 et de la forme 2 du purpura de Hénoch diversement agencés. Ainsi un purpura rhumatoïde typique devient souvent brusquement après quelques jours un « purpura de Henoch » — ou vice-versa un purpura qui a commencé par un « purpura de Henoch », affecte ensuite les allures du purpura rhumatoïde ordinaire. Il y a en somme tous les intermédiaires entre le purpura rhumatoïde ou exanthématique sans phénomènes gastro-intestinaux et celui qui simule la colique de plomb ou la péritonite par le syndrome douloureux abdominal qui l'accompagne. On passe insensiblement « presque sans transition » des cas où il y a des accidents intestinaux aux « cas où les accidents abdominaux peuvent disparaître, et les poussées de purpura persister seules, sans que pour cela la nature de la maladie soit modifiée » (Conty). La forme gastro-intestinale ou pseudo-péritonéale n'est qu'une sous-variété du purpura exanthématique (Apert).

Puisque nous admettons ceci, nous comprendrons facilement que l'on observe surtout ces crises d'une part chez les enfants, les jeunes gens et d'autre part chez les sujets plus ou moins entachés de névrophathie. C'est bien là en effet le terrain prédisposé au purpura rhumatoïde.

Sur les 50 observations que nous avons rapportées ou dépouillées, 40 malades avaient moins de 25 ans. Le plus jeune (Ollivier) avait 3 ans et 4 malades seulement avaient au-dessous de 5 ans. Entre 5 et 15 ans, on observait 29 cas, plus de la moitié du nombre total. Les deux malades les plus âgés avaient 46 ans (Osler) et 54 ans (Milligan).

Le terrain névrophathique paraît aussi prédisposer aux crises gastro-intestinales. Il est souvent noté dans les observations que le sujet est de souche névrophathique, qu'il est de la « grande tribu des neuro-arthritiques » (Mathieu), qu'il est « très nerveux ». Nous avons noté nous-même à plusieurs reprises l'irritabilité de ces malades et il nous a semblé que parfois ils exagéraient un peu leurs sensations douloureuses, comme ce malade de MM. Netter et Poisot qui voulait tout briser autour de lui tellement il souffrait du ventre et qui l'instant d'après s'habilla seul pour sortir de l'hôpital sur la demande de ses parents.

SYMPTOMATOLOGIE

Depuis quelques jours un enfant de 10 à 15 ans présentait des douleurs au niveau de diverses articulations des membres, particulièrement celles des membres inférieurs : cou-de-pied, genoux. Ces jointures étaient œdématisées. Les muscles du mollet étaient douloureux. En même temps que débutaient ces arthalgies et myalgies, ou un peu après, était apparue une éruption de petites taches purpuriques en piqures de puce ou de la dimension d'une lentille, de siège symétrique, se montrant surtout au niveau des articulations. Le malade avait la langue saburrale, il était sans appétit et avait présenté un peu de constipation.

Tout à coup, sans qu'on puisse s'y attendre, il est pris de violentes douleurs abdominales, de coliques atroces. Bientôt il vomit à plusieurs reprises, ses vomissements contiennent des filets de sang, deviennent bilieux. Puis plusieurs selles diarrhéiques apparaissent. Elles sont bientôt teintées de sang.

Le lendemain, la crise est passée, mais une éruption de taches fraîches de purpura est apparue sur les membres pendant la nuit.

Telle est, rapidement esquissée, la manière dont se présente une crise gastro-intestinale au cours d'un purpura rhumatoïde. Le troisième terme de la triade symptomatique de Schönlein (les troubles gastro-intestinaux si souvent insignifiants ou nuls, est devenu prédominant. Il a pris pendant quelques heures la première place au tableau, constitué lui-même par une *deuxième triade* :

- 1° les douleurs abdominales ;
- 2° les vomissements ;
- 3° les selles sanglantes.

Mais il nous faut étudier longuement chaque symptôme de cette triade qui n'a naturellement rien d'absolu, le 2^e ou le 3^e symptôme pouvant manquer, la diarrhée sanglante pouvant être remplacée par une constipation opiniâtre.

Douleurs abdominales. — Le premier symptôme, la douleur abdominale est le plus constant, le plus caractéristique de la crise qui sans lui n'existe pas.

Le début de la douleur est ordinairement brusque. Il peut être dramatique, suraigu, rappelant la perforation gastrique ou appendiculaire, surprenant le sujet au milieu d'un repas (Obs. V), pendant son travail (Obs. VI) ou en train de se promener (Obs. XI). Le malade de notre observation I revenait du théâtre quand commencèrent subitement les douleurs abdominales avec vomissements.

Ces douleurs sont souvent sous forme de coliques (1). Elles sont continues, mais avec de violents paroxysmes et cessent souvent aussi brusquement qu'elles ont commencé.

Elles ont généralement une intensité extraordinaire, les malades les qualifient d'atroces, ils les comparent à des clous enfoncés dans le ventre (Obs. I), etc. Elles arrachent aux patients des gémissements, des cris. Nous avons vu des enfants qui pendant leurs crises poussaient de véritables hurlements empêchant les malades de toute une salle de dormir et réclamant avec instance un soulagement à leurs souffrances : souvent seule la morphine en injection sous-cutanée amène une sédation.

Ordinairement pendant ces phénomènes douloureux, les malades sont d'une agitation extrême ; l'insomnie est naturellement complète ; ils se jettent de côté et d'autre, pressent leur abdomen sur leur lit en se mettant à plat ventre ou bien appuyent leurs mains sur leur ventre. Ils prennent des positions bizarres pour chercher à atténuer leurs douleurs, fléchissent leurs mem-

1. « Of a colicky nature », dit Sutherland.

bres inférieurs jusqu'à avoir les genoux contre le thorax, sont littéralement pliés en deux ou bien prennent la position genupectorale en se mettant dans leur lit à genoux et la tête en bas. D'autre fois ils ne peuvent supporter le poids des couvertures. Le siège de ces atroces douleurs est variable ; l'enfant déjà grand ou l'adulte indique souvent comme siège maximum de la douleur spontanée la région périombilicale ou épigastrique. La pression n'augmente pas toujours les douleurs, ou même si elle est largement pratiquée elle peut les calmer (Couty., obs. XI). Plus souvent elle les exagère, le simple contact de la main est horriblement douloureux et si le malade est un enfant, il pleure quand on approche, de peur qu'on ne lui touche le ventre. Alors toute palpation devient impossible ; elle ne peut se faire que sous chloroforme (Obs. XXI. Burrows). La palpation qui ne révèle ni empatement, ni tumeur, montre le maximum de la douleur en un point variable : souvent dans la région épigastrique, à égale distance entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic ; quelquefois à l'angle sous-hépatique du colon, ou bien dans la fosse iliaque gauche ; plus rarement dans la fosse iliaque droite, en rapport précis avec le point de Mac-Burney (Obs. XIX). Il peut d'ailleurs y avoir deux ou plusieurs points douloureux en même temps, ou bien tout le ventre est uniformément sensible sans qu'une région attire particulièrement l'attention. S'il y a un point douloureux maximum, il en part des irradiations dans tout le ventre, mais nous n'avons vu noter qu'une fois (dans l'Obs. X Rendu) une irradiation nette vers l'épaule droite. Quelquefois la région lombaire est la plus douloureuse et c'est de là que partent les irradiations abdominales. Gibert signale une douleur rachialgique atroce.

Il se peut aussi que d'une crise à l'autre, la douleur maximum change de place. Chez notre malade de l'obs. I, elle était d'abord dans la fosse iliaque gauche, le lendemain dans la fosse iliaque droite, deux jours après dans la région épigastrique, puis enfin sous-hépatique.

Vomissements. — Il est rare que les vomissements ne suivent pas à bref délai le début de la douleur abdominale. Ils se font

sans grand effort et paraissent souvent diminuer pour un temps la violence de la douleur. Parfois au contraire il y a un paroxysme violent coïncidant avec le vomissement. Ils peuvent se répéter plusieurs fois par jour, être très abondants, devenir incoercibles : l'intolérance gastrique est presque absolue (Obs. VI, obs. XIX) ; le malade vomit les plus petites quantités de liquide ingéré, tous les médicaments sont rejetés (Obs. XVI, XIV).

D'abord alimentaires, les vomissements deviennent ensuite rapidement bilieux, jaunes verdâtres. Il sont très acides, filants, composés souvent de glaires presque pures. On a souvent noté et nous-mêmes avons vu plusieurs fois des vomissements verdâtres ou même porracés typiques, le vomissement couleur vert-pomme, vert poireau classique de la péritonite qui se voit d'ailleurs dans d'autres affections violemment douloureuses de l'abdomen, dans les crises gastriques du tabes et dans les coliques de plomb et qui est probablement dû à une spasme qui chasse la bile de la vésicule biliaire et du duodenum dans l'estomac où elle prend cette couleur verte intense par suite de causes encore mal définies.

Rarement, mais c'est un fait important à signaler, le vomissement de la crise gastro-intestinal du purpura prend un aspect fécaloïde (Obs. I et Obs. VII de la thèse d'Oriou) et même l'odeur repoussante du vomissement de l'occlusion intestinale à la dernière période (Obs. XVI et XXI).

Les glaires rejetées sont souvent striées de sang ; ou bien on trouve des caillots sanglants plus ou moins volumineux au milieu des matières vomies ; celles-ci peuvent être teintées en rouge uniformément, enfin on peut voir, mais plus rarement des hématomèses abondantes de sang rutilant et pur (Sutherland). Rarement le sang est digéré, noirâtre, le classique marc de café.

Les vomissements cessent souvent brusquement, sans cause apparente, comme ils ont commencé.

Diarrhée sanglante. — Généralement la crise de douleurs abdominales et de vomissements se termine par une envie impérieuse d'aller à la selle et le malade a plusieurs selles liquides,

abondantes, diarrhéiques, contenant souvent plus ou moins de sang. Quelquefois dès le début de la douleur il y a une selle sanglante. Ainsi le malade de Burrows (Obs. XXI) est pris subitement d'une atroce colique et a immédiatement après une selle contenant une cuillerée de sang. Il en fut de même dans une deuxième attaque. D'autres fois au contraire les selles sanglantes apparaissent le lendemain seulement de la crise douloureuse.

Tantôt et cela est très fréquent, cette diarrhée est très glaireuse et les glaires sont striées ou tachetées de sang rouge vif. Cette diarrhée glaireuse et sanglante peut revêtir, comme nous l'avons vu (Obs. IV) et comme plusieurs auteurs l'ont noté un aspect absolument dysentérique, « raclure de boyaux, lavure de chair » et être uniquement composée de matières glaireuses, « en frai de grenouille ». D'autres fois on trouve simplement au milieu des matières fécales diarrhéiques, verdâtres, deux ou trois glaires sanguinolentes. Ces selles sont toujours d'une odeur pénétrante, très fétides.

Parfois l'hémorragie intestinale est plus abondante, il ne s'agit plus de diarrhée sanguinolente mais de selles composées uniquement de sang pur, rutilant, pouvant atteindre en une fois une quantité de près d'un litre (Obs. IV), d'un demi-litre (Obs. XV), provoquer la syncope (Obs. VII). Le plus souvent il s'agit de sang rouge, non altéré, paraissant provenir comme le remarquait déjà M. Faisans des dernières parties du gros intestin, mais on peut aussi observer du melaena, soit après les selles sanglantes rouges, soit seul sous forme de selles diarrhéiques noires, fétides (Obs. XIII).

Remarquons qu'avec les vomissements sanglants et avec les hémorragies intestinales qui se présentent au cours des crises douloureuses abdominales, le purpura rhumatoïde qui est d'ordinaire un *purpura simplex* (vieille dénomination qui indique qu'il ne présente pas d'hémorragie des muqueuses) devient alors un *purpura hémorragique* (1). Mais, fait curieux, les

1. Le mot de purpura hémorragique n'expira qu'un fait : la présence

hémorragies internes se bornent généralement dans ces cas au tractus digestif. On observe pas ou peu les épistaxis, rarement les hémoptysies, les métrorragies. On n'a jamais vu les hémorragies cérébrales ou méningées, les hématomyélies qu'on observe dans d'autres formes de purpura hémorragique. Il faut faire toutefois exception pour les hématuries d'origine rénale dont nous reparlerons plus loin. Il est rare que les selles plus ou moins sanglantes ne se rencontrent pas au cours ou à la fin des crises gastro-intestinales. Cependant avant leur apparition, le sujet peut présenter pendant un temps plus ou moins long une *constipation opiniâtre* qui s'ajoutant aux douleurs et aux vomissements peut faire craindre une occlusion intestinale. Ainsi le malade de M. Hutinel et de Martin de Gimard en même temps que les violentes douleurs abdominales et les vomissements incoercibles présente une constipation absolue pendant six jours et a seulement le 7^e jour, après lavement purgatif une selle très peu abondante.

Après quelques jours de constipation il peut se produire une débâcle brusque avec de véritables hémorragies intestinales. C'est ce qui arriva, après une prise de 0 gr. 20 de calomel, chez le malade de l'obs. V qui avait été cinq jours sans aller à la selle et qui eut en même temps que la débâcle hémorragique des vomissements porracés.

A côté des trois symptômes que nous venons de décrire longuement et qui sont la caractéristique des crises gastro-intestinales, il y a d'autres symptômes très variables, mais qui donnent par leur présence une allure particulière aux douleurs abdominales, pouvant les faire confondre avec telle ou telle autre affection douloureuse du ventre.

C'est ainsi que le *facies* n'indique en général que la violente douleur ressentie par le patient et n'est pas grippé.

d'hémorragie des muqueuses et non une forme spéciale de purpura. Toute variété de purpura peut être simplex ou hémorragique. « Le purpura hémorragique deviendra de moins en moins une entité morbide » disait déjà en 1879 Rigal à la *Société Méd. des Hop. de Paris*.

Mais dans certains cas c'est véritablement un facies « abdominal », « péritonéal » que présente le malade ; les yeux sont excavés, cernés, le nez effilé : Obs. XI : le facies est étiré presque abdominal. — Obs. XXI : le facies abdominal fût observé à deux crises différentes. — Obs. XVI : les traits sont tirés, les yeux excavés, le facies anxieux. — Obs. XIV : « le facies abdominal existe à un haut degré. Les traits sont tirés, les yeux excavés et entourés d'un cercle bleuâtre. Il rappelle le facies cholérique ».

La *langue* est généralement recouverte d'un épais enduit saburral, mais reste humide. Quelquefois, particulièrement dans les cas où on a observé le facies abdominal, elle est sèche, brunâtre, recouverte de fuliginosités de même que les lèvres et les gencives (Obs. XXI). L'haleine est souvent extrêmement fétide ; la soif est très vive quoique le malade rejette toute boisson (Obs. XIV). Quand on pratique *l'examen de l'abdomen* en pleine crise douloureuse abdominale, on se trouve en présence de deux états bien différents.

Tantôt le ventre est *rétracté* ou même excavé ; la paroi est immobile, rigide, résistante : les muscles sont contracturés, en état de défense et la contraction musculaire s'exagère à toute tentative de palpation ; la contracture peut être plus marquée en certains points épigastre. Chez le malade de MM. Netter et Poisot que nous vîmes une nuit de garde pendant une crise, nous avons observé une telle contracture abdominale qu'elle donnait l'impression du « ventre de bois » des contusions abdominales (Obs. VIII). Chez le malade de Martin de Gimard (Obs. XIV) les muscles grands droits sont contractés et forment deux cordes tendues de chaque côté de la ligne médiane.

Tantôt, mais moins souvent semble-t-il, on observe un *météorisme* plus ou moins accentué, plus ou moins généralisé. Il peut être borné à l'épigastre douloureux (Obs. XIII) ou bien tout le ventre est ballonné (Obs. VI). Dans l'observation XX de Sutherland, l'abdomen était très distendu, et dans la suite la distension augmenta encore. On pourrait dire que dans ce cas, il y avait peut-être occlusion intestinale réelle par une invagination qui

aurait été réduite pendant les manipulations qui accompagnèrent la laparotomie.

Mais outre que cela n'est pas prouvé, puisque l'auteur dit lui-même qu'il avait diagnostiqué une invagination qui n'existait pas (« *I have diagnosed an intussusception which did not exist* »), il faut remarquer que justement les anses météorisées étaient l'S iliaque et le Colon descendant (« *enormously distended* »), bien au-dessous de la région infiltrée de sang qui siégeait sur l'intestin grêle.

Dans une première crise, le ventre peut être rétracté, puis ballonné dans une deuxième (Obs. VII). La *sonorité* est normale partout, sauf dans les cas d'hémorragie intestinale très abondante dans lesquels on peut observer une submatité en un point (rare, Obs. XXVI).

Le *toucher rectal* qui ne doit jamais être négligé, surtout dans les cas difficiles, ne révèle rien ; le doigt revient parfois taché de sang. Cependant Burrows a noté une sensibilité douloureuse du cul de sac recto-vésical.

La *température* est souvent normale ou du moins peu élevée 38°, 38°5. Dans la grande majorité des cas, elle n'est guère modifiée par la crise douloureuse. On a pu noter cependant quelquefois en même temps que pâleur du visage et refroidissement des extrémités un certain degré d'hypothermie (Couty). Dans quelques cas, il y a une légère élévation de température, mais si cette élévation devient considérable (40°) elle indique une complication infectieuse et s'observe dans ces cas déjà signalés plus haut où un purpura rhumatoïde « tourne » au purpura infectieux. L'observation de Stieldorf par exemple en est un cas frappant. Pendant plusieurs jours le malade présente douleur et œdème des jointures, purpura aux membres inférieurs, douleur épigastrique atroce et vomissements, selles-sanguinolentes. Il n'a que 37°, 37°8 de température. Puis l'état général devient mauvais, les hémorragies se généralisent, la température monte et se tient à 40°, les taches de purpura deviennent énormes et le malade meurt. Notre observation personnelle IV peut aussi être citée à ce point de vue. La malade qui pendant des semaines

n'avait pas présenté de température ni entre ni au moment de ses nombreuses crises finit par faire en même temps qu'une phlébite des oscillations thermiques s'élevant jusqu'à 40° et mourut quelques jours après.

Des remarques analogues peuvent être faites à propos du *pouls* qui est généralement peu modifié dans sa force et dans sa rapidité. Mais là encore il y a des exceptions. Dans les cas où il y a tendance à l'hypothermie, il peut y avoir un ralentissement 30 à 60 (Conty). Il peut aussi devenir pendant la crise très rapide, très irrégulier, presque incompressible, misérable (Obs. XVI). Nous avons simplement observé dans l'obs. I un pouls de 120 au moment d'une crise douloureuse, mais c'était chez un enfant et on sait combien le pouls est facilement rapide chez les enfants. Le *hoquet* est très rarement noté (Obs. XXXII).

La *durée* de la crise douloureuse abdominale accompagnée de son cortège plus ou moins complet de symptômes est très variable.

Généralement elle est de quelques heures, mais quelquefois elle est plus longue et atteint un ou deux jours. Il est exceptionnel qu'il n'y ait qu'une crise au cours d'un purpura rhumatoïde, et les récidives très fréquentes sont une des caractéristiques de l'affection. Le malade peut présenter un grand nombre de ces attaques de douleurs abdominales et elles se reproduisent souvent pendant plusieurs mois (Obs. II : deux mois. Obs. VII : trois mois. Obs. VI : 3 mois, etc. très irrégulièrement et comme intensité et comme durée. La première crise est souvent la plus forte, mais c'est loin d'être la règle. Ainsi la violente gastro-entéralgie du malade de Conty, s'accompagnant de ces phénomènes inquiétants que nous avons cités plus haut (hypothermie et ralentissement du pouls avec facies abdominal, fut la neuvième des crises que présenta l'enfant, alors qu'on le supposait guéri, puisque cette crise le surprit en train de se promener.

Ce fait est d'ailleurs souvent noté, on croit le malade guéri, on le laisse se lever et même sortir de l'hôpital quand tout à coup se reproduisent nouvelle poussée de purpura, nouvelles douleurs abdominales avec vomissements et selles sanglantes (voir la fin

de l'obs. III). Parfois la répétition des crises et du purpura se fait pendant des périodes d'une longueur vraiment extraordinaire : pendant deux ans (Le Gendre, obs. XVIII). Osler a observé des crises abdominales chez un malade de 18 ans récidivant pendant *quatre ans* avec purpura, melaena, arthralgies, hématomés. Même variabilité, même irrégularité dans les espaces de temps qui séparent les crises. On ne peut rien fixer à ce point de vue ; chez un même malade les crises peuvent être séparées seulement par quelques heures ou par plusieurs jours, plusieurs semaines même. Il est rare de voir une régularité comme celle qui fut observée par Binet ; sa malade était tous les matins dans le bien être ; tous les soirs elle avait une violente poussée gastralgique et cela pendant plus de quinze jours jusqu'à sa mort. Quelquefois le purpura accompagné des phénomènes en question revient après plusieurs années de santé (Obs. IV)

Nous arrivons maintenant à un point très important : les rapports des crises et de l'éruption cutanée de purpura, ce qui est très intéressant pour le diagnostic.

Le plus souvent la crise abdominale et le purpura coïncident à quelques heures près. Il est ordinaire qu'au moment de l'attaque de douleurs abdominales, on constate encore des taches hémorragiques datant de quelques jours, puis le lendemain on voit une nouvelle éruption de pétéchies fraîches. On peut fréquemment au moment des crises récidivantes prédire avec succès l'apparition de taches de purpura pour quelques heures après ; nous l'avons souvent constaté et un parallélisme remarquable est donné dans presque toutes les observations comme existant entre les douleurs et l'apparition du purpura cutané.

Parfois le purpura s'est montré sous la peau *longtemps* avant la crise gastro-intestinale. Il n'en reste plus que quelques vagues traces qu'il faut savoir rechercher (Obs. I) ; ou même il n'y en a plus aucun vestige, mais en interrogeant les malades ou les parents on apprend qu'il y a eu une éruption de purpura plus ou moins longtemps avant l'apparition de la crise douloureuse (Obs. II, Obs. XXI).

Enfin, rarement il est vrai, *les symptômes gastro-intestinaux*

avec toute leur inquiétante intensité précèdent de longtemps toute apparition de purpura cutané. Il semble bien en être ainsi dans l'obs. VI où on a noté le purpura que douze jours après le début des accidents abdominaux. Le malade de l'obs. XX ne présenta qu'une quinzaine de jours après le début des phénomènes gastro-intestinaux sa première éruption de purpura. Il en fut de même chez le malade de notre obs. personnelle III.

D'ailleurs peut-être même y a-t-il des cas de crises gastro-intestinales de nature analogue où le malade ne présente jamais d'éruption cutanée. Fischer a observé un malade ayant présente des douleurs violentes abdominales avec vomissements et qui mourut à la suite d'une deuxième crise sans avoir présenté de purpura cutané. A l'autopsie on trouva une infiltration hémorragique d'une grande partie de l'intestin grêle et du colon (voir l'obs. XXII). L'auteur, d'abord indécis sur la nature de ce cas, n'hésita pas après avoir lu les observations de Sutherland à le donner comme exemple de « purpura de Hénoc » sans purpura cutané. — Rapprochons-en aussi le cas curieux d'Osler : un enfant présentant pendant plusieurs mois de nombreuses crises de douleurs abdominales avec épistaxis ; une seule des crises à la période moyenne de l'affection s'accompagna d'une poussée de purpura rhumatoïde (Obs. XVII).

Il est aussi un fait digne de remarque : c'est la fréquence d'autres phénomènes cutanés accompagnant le purpura en rapport avec des attaques de douleurs abdominales. Nous avons noté dans nos observations personnelles et dans les observations de divers auteurs (Couty, Adam, Léwy, Soyer, etc., etc.) la présence d'œdèmes considérables, non seulement l'œdème banal péri-articulaire du purpura rhumatoïde, mais les œdèmes locaux du cuir chevelu, de la face, de l'abdomen (1), du scrotum et de la verge, etc. Ces œdèmes sont tantôt blancs, tantôt

1. Un malade que nous avons observé chez M. le Professeur Ag. Netter, mais dont l'observation n'est pas rapportée, a présenté du purpura, des crises abdominales et de l'œdème profond des parois abdominales.

rosés et même pseudo-phlegmoneux, souvent douloureux, fréquemment bien limités, prenant par exemple la moitié de la lèvre, la moitié du front. Ils apparaissent brusquement, disparaissent de même, peuvent prendre des proportions considérables, déformant la région, empêchant complètement à la face l'ouverture des paupières d'un ou des deux côtés (voir comme exemple l'obs. I et VIII). Ils laissent souvent après leur disparition une teinte ecchymotique. Ils rappellent par leurs allures l'œdème aigu circonscrit, angéo-névrotique ou maladie de Quinke. Leur apparition accompagne souvent ou suit les crises gastro-intestinales et la poussée de purpura.

L'urticaire, les diverses variétés de l'érythème polymorphe accompagnent aussi fréquemment le purpura avec crises gastro-intestinales. L'observation du malade de Laing Gordon (XV) est typique à ce point de vue de la réunion de l'urticaire, du purpura, de l'érythème polymorphe, des œdèmes locaux, des crises gastro-intestinales. Dans une observation analogue de Léo Langstein où il cite douleurs abdominales, selles sanglantes, vomissements, l'urticaire qui accompagnait le purpura provoqua des crises de dyspnée laryngée.

Il faut d'ailleurs remarquer un fait intéressant, c'est que ces diverses maladies cutanées sont très proches les unes des autres et que l'on passe facilement de l'urticaire au purpura par l'intermédiaire de l'urticaire hémorragique ou purpura urticans et de l'urticaire à l'œdème angéo-nevrotique par l'urticaire tubereuse géante. « Le purpura est avec l'urticaire, l'érythème polymorphe et nouveau une des affections les plus rapprochées de l'œdème aigu. L'espèce qui offre la ressemblance la plus grande est le purpura rhumatoïde » (Le Calvé) (1). Or ces maladies cutanées proches du purpura présentent même quand elles existent en dehors de lui des crises gastro-intestinales très

1. Il est juste cependant de remarquer que d'après M. Apert (*Soc. méd. des hôp.* 9 déc. 1904) il faudrait distinguer de l'œdème aigu de Quinke l'œdème pélosique qui aurait seul des rapports intimes avec le purpura.

analogues, avec douleurs épigastriques atroces, vomissements abondants souvent porracés et diarrhée. La seule différence consiste dans le fait que la diarrhée n'est pas sanglante. Nous avons observé avec notre maître M. Boulluche, un petit malade pris brusquement sous nos yeux de douleurs violentes abdominales, vomissements absolument vert-pomme. Après avoir éliminé une péritonite appendiculaire, nous pensions vu la ressemblance à une crise précédant une journée de purpura cutané. Or le malade fit le lendemain non du purpura, mais une splendide éruption d'urticaire généralisée.

Ordinairement les crises gastro-intestinales du purpura se répètent, comme nous l'avons dit, pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, mais finalement tout rentre dans l'ordre. L'état général reste souvent bon pendant toute la durée de l'affection, malgré la gravité apparente des crises. « Dans la forme que nous étudions, disait Couty, un individu peut avoir pendant trois, quatre mois de nombreuses poussées de purpura sans que son état soit aucunement modifié. Dans les cas où le purpura se complique d'œdèmes variés et d'accidents intestinaux, l'état général pendant toute la durée de la maladie reste souvent très bon, où s'il y a un affaiblissement il cesse dès que les accidents intestinaux diminuent d'intensité ». Cependant nous avons pu voir un amaigrissement considérable.

Toutefois il peut se produire deux rares et graves complications.

C'est d'abord la *péritonite par perforation gastrique ou intestinale*. Les observations en sont très rares: il n'y en a que deux de certaines: celle de Silbermann et celle de Zimmermann. Dans le cas de Wagner, il y avait bien péritonite purulente, mais on ne parle pas de perforation (voir le chapitre Anatomie pathologique et les observations XXVIII, XXX, XXXI).

Une autre complication pour ainsi dire inconnue jusqu'à ces dernières années au cours du purpura accompagné de crises gastro-intestinales est l'*invagination intestinale*. Comby en avait rapporté un cas typique en 1880, mais prit cette complication pour une simple coïncidence. Vierhuff en publia un cas en 1893. Son

malade guérit après avoir rendu par l'anus le boudin d'invagination long de 40 centimètres et composé de la fin de l'iléon invaginé dans le cœcum (voir cette curieuse observation XXIV). Il n'hésita pas à affirmer qu'il avait découvert dans le purpura rhumatoïde une nouvelle cause d'invagination. Sutherland en donna une observation en 1896 terminée par perforation intestinale, péritonite purulente et mort et sur laquelle il est revenu plus récemment à propos d'un autre cas de « purpura de Henoch ».

Les autres complications viscérales sont absolument exceptionnelles au cours de la forme de purpura qui nous occupe : ainsi l'endocardite (obs. de Laing Gordon), la péricardite (3 cas donnés par Von Dusch et Hoche dans leur travail sur le purpura de Henoch), de même la pleurésie, la pneumonie.

Mais nous voulons faire une exception pour la *néphrite hémorragique*. On sait que la plupart des auteurs indiquent la rareté de la néphrite et des hématuries au cours ou à la suite du purpura rhumatoïde (Perrin, Barbier) et on cite comme exceptionnels les deux cas de Moussous (*Revue Mensuelle des Maladies de l'Enfance*, 1891, p. 62). Or, comme Simon qui dit dans sa *Revue générale* : « les complications (du purpura rhumatoïde) sont rares, il faut pourtant insister sur la néphrite qui est relativement fréquente », nous avons remarqué la fréquence relative de la néphrite hémorragique au cours du purpura rhumatoïde s'accompagnant de crises gastro-intestinales (Obs. IV, VI, VII, XIII, plus quatre cas rapportés par Osler).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la nature de la crise douloureuse abdominale du purpura rhumatoïde est en somme généralement facile. Quand il s'agit d'un purpura rhumatoïde classique déjà diagnostiqué, il est aisé de lui rattacher les douleurs abdominales qui apparaissent pendant son évolution. Mais dans certains cas le diagnostic présente des difficultés si grandes que des observateurs de mérite ont été conduits jusqu'à des laparotomies inutiles.

L'éruption des pétéchies est le véritable, le seul élément de diagnostic ; sans elle, on peut soupçonner la cause du syndrome pseudo-péritonéal mais rien n'autorise à l'affirmer. Quelquefois une hémorragie intestinale précoce peut permettre de prévoir avec plus de succès l'apparition du purpura. Souvent celle-ci ne tarde pas et l'hésitation est de courte durée : elle n'a été que de quelques heures.

Souvent aussi une éruption de purpura a précédé de longtemps la crise et il ne reste plus que des traces vagues qu'il faut savoir rechercher : ces vestiges permirent le diagnostic chez le malade de l'observation I qui était envoyé à l'hôpital pour y être opéré d'une péritonite. Le malade de l'observation XIX n'aurait pas été opéré si on avait trouvé avant l'intervention les restes à demi effacés de l'éruption pétéchiale discrète qu'il avait présentée au niveau des coudes et des genoux quelques jours avant l'opération.

L'interrogatoire minutieux des parents ou du malade en révélant une éruption purpurique dont il ne reste plus de traces

peut aussi faire diagnostiquer la nature de l'affection. C'est ainsi qu'on ne sut qu'après la laparotomie, en interrogeant plus à fond les parents, que le malade de Burrows avait été atteint onze jours avant la crise qui détermina l'intervention d'un exanthème purpurique avec douleurs rhumatoïdes. « Si cette histoire avait été donnée plus tôt, dit Burrows, le patient aurait sans doute échappé à une laparotomie inutile ». De même on n'aurait pas fait le diagnostic de douleurs par mal de Pott, puis de péritonite appendiculaire chez la malade de l'obs. II qui avait présenté du purpura quinze jours avant les douleurs abdominales.

Mais quand les crises précèdent de longtemps l'apparition du purpura cutané, le diagnostic est impossible et quoique notre attention fut attirée sur ces cas, nous ne fîmes que penser sans nous y arrêter à la pseudo-péritonite purpurique chez le jeune garçon de l'obs. III envoyé à l'hôpital comme appendicite et n'ayant jamais présenté d'éruption purpurique.

Quoiqu'il en soit la crise douloureuse du purpura peut simuler toutes les affections douloureuses abdominales, surtout celles qui s'accompagnent de vomissements et sont traduites plus ou moins nettement par « le syndrome péritonéo-abdominal » étudié par Celos dans sa thèse. C'est surtout à la *colique de plomb* que l'on peut penser bien qu'elle soit rare chez l'enfant de même que la *crise gastrique tabétique*. Ces deux affections ont des ressemblances frappantes avec la crise abdominale du purpura (Couty, Faisans etc.). Il faut naturellement rechercher les autres signes du saturnisme et du tabes que nous n'avons pas à rappeler. Dans l'observation de Rendu, il y avait une irradiation vers l'épaule droite qui pouvait faire croire à la *colique hépatique*, mais il n'y eut ni ictère ni modifications des urines.

Il serait fastidieux de passer en revue toutes les affections douloureuses abdominales que peut simuler la forme gastro-intestinale du purpura. D'ailleurs dans les affections citées plus haut, la confusion est en somme peu importante. Elle est déjà plus sérieuse quand un *empoisonnement* est simulé, celui-ci réclamant une thérapeutique rapidement active. Dans certains cas l'erreur est possible : dans l'observation de Gibert une inva-

sion subite de douleur gastralgique violente et de vomissements incessants, avec apparition de plaques erythémateuses fit penser à l'auteur à un empoisonnement. L'apparition de purpura et l'absence d'antécédents fit rectifier le diagnostic. N'oublions d'ailleurs pas ce qui complique encore la chose qu'il y a des purpuras déterminés par l'ingestion de diverses substances toxiques.

Il est aussi assez important de ne pas confondre ces crises avec l'*urémie aiguë à forme gastro-intestinale* qui s'accompagne parfois de douleurs abdominales, mais surtout de vomissements et de diarrhée qui peut être sanguinolente. Les œdèmes qui accompagnent le purpura pourraient dans l'espèce être pris pour de l'anasarque. C'est ce qui arriva chez un petit malade de M. Hutinel chez lequel on fit d'abord le diagnostic d'intoxication par le plomb, puis d'anasarque scarlatineuse et enfin de purpura à forme gastro-intestinale (Hutinel, *Semaine Médicale*, 1890).

Mais où l'erreur peut être véritablement grave, c'est quand il s'agit de confusion avec des maladies abdominales devant être opérées rapidement, car on se trouve dans l'alternative ou de faire une laparotomie inutile chez un malade atteint de la forme pseudo-péritonéale du purpura ou de laisser mourir faute d'une intervention précoce un patient présentant une péritonite plus ou moins généralisée d'origine appendiculaire ou gastrique ou atteint d'une occlusion intestinale de causes diverses.

Le diagnostic peut être véritablement difficile et on comprend que l'on ait fait dans les cas douteux des laparotomies exploratrices.

Quoiqu'ordinairement le facies et le pouls ne soient pas ceux des péritonites, le tableau complet de la *perforation appendiculaire ou gastrique* (ulcère latent) suivie de réaction péritonéale peut être réalisé par la crise gastro-intestinale. Douleurs, vomissements, pouls, facies, langue, etc., tout y est. On a pu s'en rendre compte par la description du chapitre symptomatologie.

Certains symptômes considérés comme plus ou moins pathognomoniques de la péritonite se retrouvent dans la crise pseudo-péritonéale purpurique.

Le point de Mac Burney a été trouvé plus d'une fois ; notons particulièrement cette curieuse observation de Jacobson où on ne trouva que des plaques hémorragiques dans l'épaisseur de l'appendice au moment de la laparotomie qui avait été indiquée par une reproduction exacte du tableau de l'appendicite.

Le Signe de Jeanne (douleur du cul-de-sac recto-vésical par le toucher rectal) considéré par l'auteur (*Normandie Médicale*, fév. 1899) comme pathognomonique de la péritonite a été trouvé par Burrows dans son cas et contribua à le faire intervenir.

Le diagnostic est d'autant plus délicat que souvent chez l'enfant la péritonite d'origine appendiculaire même en train de se généraliser ne se traduit pas par des signes bien nets. C'est ainsi que le météorisme peu marqué au début manque parfois absolument (Jalaguier). L'affection peut revêtir l'allure d'une simple indigestion ou d'embarras gastrique vulgaire (Jalaguier). On peut dire que parfois la crise gastro-intestinale purpurique paraît d'allure plus grave que la péritonite d'origine appendiculaire même en voie de généralisation.

Voyez par exemple cette observation de péritonite qui m'a été communiquée par mon ami et collègue R. Vincent :

« L'enfant devait être opéré pour une appendicite à froid. Il jouait, mangeait, se levait. Il se plaint de souffrir légèrement du ventre. On le fait coucher, on supprime l'alimentation, le soir et la matinée tout est redevenu normal. Le lendemain après midi, les coliques reprennent peu intenses, le pouls s'accélère : 140. La température reste à 37°, la langue est humide et le ventre reste complètement souple partout, la douleur à la pression est à peu près nulle. Le facies s'altère un peu sans devenir nettement péritonéal. Un vomissement vert apparaît à 10 heures. L'enfant est opéré à 11 heures. Flot de pus fétide. Ablation de l'appendice. Large drainage. Mort en 36 heures ».

Comparez maintenant l'observation de Longley relatant une crise pseudo-péritonéale au cours du purpura (Obs. XVI) et montrant douleur abdominale atroce, vomissements incessants, hypothermie, pouls très rapide, petit, presque imperceptible, ventre extrêmement sensible, traits tirés, yeux excavés, facies

anxieux. Finalement guérison. Dans ce cas, la *persistance de la matité du foie* seule permet à Longley d'écarter l'hypothèse d'une perforation.

La douleur est certainement souvent plus violente, accompagnée d'agitations, de positions bizarres dans la crise gastro-intestinale. Dans la péritonite, le malade souffre sans bouger.

Le diagnostic avec l'*occlusion* peut être non moins difficile dans les variétés qui s'accompagnent de constipation opiniâtre, de vomissements incessants et même fécaloïdes, de météorisme intense. Pour le malade de l'observation rapportée par Martin de Gimard, le diagnostic était très délicat et M. Hutinel dit (*Sem. Médicale*. 1890. Article sur les purpuras) qu'il se disposait à faire opérer le patient.

Il est vrai que la constipation est souvent moins complète que dans l'occlusion intestinale vraie ; les gaz passent encore, il y a des selles sanguinolentes. Mais nous arrivons alors au diagnostic qui est sans contredit le plus difficile : celui de l'*invagination intestinale*. Dans cette affection en effet on trouve les signes d'une occlusion intestinale mais pas complète, le cylindre interne conservant un semblant de canal permettant l'issue de quelques gaz et de quelques matières diarrhéiques. De plus on observe des selles sanglantes soit frai de grenouille, dysentérieformes, soit de sang pur. C'est un signe de premier ordre (Jalaguier), pathognomonique pour Cruveilhier. De sorte que nous retrouvons dans l'invagination intestinale exactement la même triade que dans la crise gastro-intestinale purpurique :

1° Douleurs abdominales violentes, en forme de coliques, avec paroxysmes.

2° Vomissements d'abord alimentaires, puis porracés, contenant quelquefois un peu de sang.

3° Selles dysentérieformes sanglantes (1).

1. Mentionnons aussi une affection rare, dont le diagnostic présente des difficultés insurmontables et qui occasionne également les 3 symptômes : douleurs violentes abdominales avec accès, vomissements souvent sanglants, diarrhée sanguinolente abondante. C'est l'infarctus hémorra-

Le météorisme « si même il existe » (Jalaguier) est peu prononcé. Pendant les crises douloureuses le ventre est plutôt retractoré. Il est vrai que l'on trouve souvent une tumeur abdominale dans l'invagination qui n'existe pas dans la crise purpurique. Mais elle peut manquer (moitié des cas : Leichtenstern, moins rarement d'ap. Jalaguier), elle peut être très difficile à apprécier. On peut recourir à la chloroformisation et il ne faut jamais oublier le toucher rectal qui peut révéler une tumeur beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. Vierhuff attache grande importance à la paralysie du sphincter aval en faveur de l'invagination. Un ténésme intense, et plus ou moins constant, est aussi un argument pour le diagnostic d'invagination (Sutherland).

Quoique l'invagination soit beaucoup plus fréquente avant un an (1), âge auquel est inconnu le purpura rhumatoïde, on peut comprendre l'extraordinaire difficulté du diagnostic dans certains cas en sachant que, rarement il est vrai, l'invagination peut apparaître réellement au cours du purpura et à la suite de crises gastro-intestinales. Les deux observations rapprochées de Sutherland donnent un exemple frappant de la difficulté insurmontable du diagnostic chez certains malades. Dans le premier cas qu'il observa (obs. XXV) la petite malade avait présenté en février un purpura avec crise gastro-intestinale typique : douleurs, vomissements, hématuries, selles sanglantes, puis elle avait guéri. En août, elle se représente avec les mêmes symptômes ; malgré leur gravité, on ne s'en inquiète pas, on ne pouvait que refaire le diagnostic de crise gastro-intestinale au cours du purpura et espérer la même terminaison favorable qu'à la première attaque. Or, la malade mourut et l'autopsie montra une invagination. Quelques années après, Sutherland se retrouve en présence d'un cas analogue (obs. XX) et croit devoir faire le

gique de l'intestin soit par embolie artérielle, soit par thrombo-phlébite mésentérique (Mouchet. *Pr. Méd.* 9 déc. 1905. Roussel. *Th. de Paris*, 1905, etc.).

1. 68 0/0 d'enfants âgés de moins d'un an. 16 0/0 d'enfants âgés de plus de cinq ans (*Statistique de Grisel*).

diagnostic d'invagination. Or il opère le patient et ne trouve pas d'invagination. Dans le premier cas, comme il le dit lui-même, il n'avait pas fait le diagnostic d'une invagination qui existait, dans le second il avait diagnostiqué une invagination qui n'existait pas.

En somme, dans ces cas si difficiles, quand on s'est entouré de toutes les précautions et qu'on a fait un examen complet du malade, il vaut peut-être mieux faire une laparotomie exploratrice inutile que de laisser mourir le patient d'une invagination qu'on aurait pu réduire.

PRONOSTIC

Après ce que nous avons dit de l'évolution du purpura présentant pendant son cours des crises abdominales, nous serons brefs sur le pronostic de ces dernières.

Elles ne changent guère en somme par leur apparition, malgré la gravité apparente et souvent inquiétante de leurs symptômes, le pronostic du purpura rhumatoïde ordinaire : il reste bénin au moins pour ce qui est de la vie. Mais on ne peut cependant qualifier d'insignifiante cette maladie à récides si fréquentes et si faciles qui oblige toujours le patient à rester au lit plusieurs semaines et qui le force même souvent à y rester plusieurs mois.

Il ne faut pas non plus exagérer la bénignité du pronostic *quoad vitam* car il y a quelques cas de mort. La néphrite hémorragique, quand elle se joint aux crises gastro-intestinales, paraît aggraver considérablement le pronostic du purpura : notre cas de mort avait présenté une néphrite hémorragique avec grande quantité d'albumine dans l'urine. Deux des malades d'Osler sont morts de néphrite aiguë avec albuminurie et cylindrurie.

Quant aux autres complications : péritonite par perforation et invagination, elles ne peuvent guère entrer en ligne de compte à un point de vue général, car elles sont vraiment exceptionnelles.

Remarquons aussi qu'il ne faudrait pas se fier pour croire à un mauvais pronostic à la collection d'observations que nous rapportons à la fin de cette thèse, en voyant que les cas de mort sont assez nombreux par rapport aux cas de guérison. Une telle statistique serait erronée, car nous avons rapporté à peu près

toutes les observations mortelles que nous avons trouvées, tandis que nous avons laissé de côté un certain nombre d'observations de guérisons, et il est fort probable que plusieurs auteurs ont fait de même : c'est pourquoi nous ne croyons guère à la justesse de la statistique peu favorable d'Osler qui trouve un pourcentage de 21 0/0 de mortalité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des lésions viscérales des sujets ayant présenté des crises douloureuses abdominales purpuriques et peu connue. C'est une des raisons qui expliquent pourquoi, comme nous le verrons, la pathogénie en est encore si obscure. Les autopsies sont rares et ont montré des faits assez disparates. Les laparotomies pratiquées par erreur nous ont cependant donné quelques renseignements intéressants.

Certains auteurs n'ont rien trouvé à l'autopsie de sujets ayant succombé peu après des crises gastro-intestinales au cours du purpura. Ainsi David, malgré une autopsie faite avec grand soin d'un malade mort cinq jours après des phénomènes de péritonisme au cours d'un purpura rhumatoïde ne trouva absolument rien du côté du péritoine et du tractus digestif, à peine une coloration grisâtre de quelques anses du jejunum, sans aucune ulcération intestinale.

Mais généralement, il y a des phénomènes congestifs ou hémorragiques du côté de l'estomac et de l'intestin, parfois des ulcérations, ces diverses lésions pouvant d'ailleurs se combiner diversement (1).

Stieldorf note une teinte noire prononcée de tous les intestins. Il y avait en plus, et c'est la seule autopsie où on ait trouvé ce fait, quatre litres de liquide ascitique dans la cavité péritonéale.

Milligan trouve chez un purpurique mort après une crise de douleurs abdominales atroces l'intestin grêle extrêmement con-

1. Notons aussi la duodénite hémorragique avec ecchymoses cutanées décrite par Babes.

gestionné dans sa deuxième moitié, presque noir dans la région de la valvule iléo-cœcale. Le cœcum et le colon ascendant sont très congestionnés. Il y a du sang en abondance dans la lumière de l'intestin dans ces régions hyperhémisées.

Dans d'autres cas, l'intestin est non seulement congestionné mais présente des épanchements hémorragiques de dimensions et de sièges variables. Déjà en 1828, Latour trouve chez un enfant mort en quelques jours de purpura accompagné du syndrome péritonéo-abdominal des pétéchies sur l'intestin.

Lors de la laparotomie pratiquée pour appendicite sur le malade de Calmels on ne trouve rien du côté de l'appendice, mais un *piqueté hémorragique* sur la séreuse des anses intestinales.

Jacobson trouva, croyant tomber sur une appendicite, un « purpura de l'appendice » pour ainsi dire. Il n'y avait aucune inflammation mais de nombreux foyers hémorragiques entièrement interstitiels. On ne regarda pas le reste de l'intestin.

Burrows a trouvé lors d'une laparotomie sur le jeune garçon qu'il croyait atteint de péritonite des pétéchies siégeant sur l'intestin grêle en partie congestionné.

Fischer a décrit dans le cas qu'il considère comme un « purpura de Hénoc'h » sans purpura cutané une hémorragie considérable entre les tuniques intestinales, ayant triplé l'épaisseur de la paroi de l'intestin.

C'est surtout Sutherland, grâce à l'opération et à l'autopsie qu'il fit, qui a bien montré quelles pouvaient être les lésions hémorragiques de l'intestin. D'après lui le purpura intestinal peut prendre les trois aspects suivants :

1° De petites pétéchies sur le péritoine viscéral ;

2° Des pétéchies de la muqueuse qui peuvent se nécroser et former de petites ulcérations comme en ont constatées Sutherland, Randall, etc. ;

3° Des hémorragies plus considérables dans la paroi de l'intestin, formant des plaques ou des anneaux plus ou moins étendus, au niveau desquels l'intestin est considérablement épaissi.

On a pu voir d'ailleurs les ulcérations de la muqueuse

gagnant en profondeur aller jusqu'à la perforation et donner lieu ainsi à la péritonite purulente, complication redoutable, mais rare que nous avons déjà mentionnée. C'est ainsi que Zimmermann trouva le nombre extraordinaire de 150 ulcérations disséminées sur tout l'iléon et dont certaines affectant toutes les tuniques avaient déterminé plusieurs perforations. Silbermann a décrit le curieux cas chez un enfant de 10 ans de plusieurs foyers nécrotiques de l'estomac et de l'intestin avec thromboses de quelques vaisseaux ; l'un de ces foyers situé dans l'estomac avait déterminé la perforation du fond de cet organe, ce qui avait amené une péritonite purulente.

La péritonite purulente décrite nettement dans le protocole de l'autopsie de Wagner paraît avoir eu aussi la même origine. On ne parle pas de perforation, mais il semble bien malgré une description assez obscure qu'il y avait des ulcérations nombreuses de l'intestin.

Enfin dans deux autopsies (Comby et Sutherland) on a trouvé une invagination intestinale siégeant au niveau de la valvule iléo-cœcale, l'iléon s'étant invaginé dans le colon. C'était le même fait pour le boudin d'invagination éliminé spontanément par le malade de Vierhuff. Nous avons déjà suffisamment parlé de ces cas.

L'examen du sang des purpuriques que nous avons observés et qui avaient présenté de nombreuses crises gastro-intestinales ne nous a rien montré de bien particulier. Nous avons seulement noté dans quelques cas une hyperleucocytose (24.000 glob. blancs Obs. 10) et une polynucléose (80 et 86 0/0 de polynucléaires. Même obs.). Chez le malade de MM. Netter et Poisot, l'hyperleucocytose atteignit au début le chiffre énorme de 90.000 globules blancs avec 82 0/0 de polynucléaires. Nous n'avons pas rencontré de formes anormales, mais nous avons noté plusieurs fois la rareté des éosinophiles. Dans tous nos cas, même celui qui s'est terminé de façon fatale, nous avons trouvé une retractsibilité normale du caillot, sans redissolution secondaire.

Il y avait une recherche intéressante à faire, c'était celle de *l'état cytologique du liquide céphalo-rachidien* des malades pen-

dant la crise douloureuse. Cette recherche n'avait jamais été faite chez les purpuriques présentant des crises gastro-intestinales. « Peut-être, disait David qui n'a pu pratiquer la ponction lombaire chez son malade, nous aurait-elle donné des renseignements intéressants en nous montrant une réaction leucocytaire ». Or nous avons pratiqué plusieurs fois la ponction lombaire chez nos malades pendant et entre leurs crises. Dans un seul cas, nous avons trouvé une lymphocytose extrêmement discrète (2 à 4 éléments par champ). Dans les autres cas, pas plus que MM. Netter et Poisot chez leur malade, nous n'avons, malgré une centrifugation parfaite, trouvé aucun élément dans le liquide qui était absolument clair. Et cette absence de cellules existait même dans le cas de cette attaque de convulsions généralisées paraissant devoir être mortelle à brève échéance et qui avait été précédée et fut suivie par une crise gastro-intestinale (Obs. III).

PATHOGÉNIE

La cause intime des faits qui nous occupent est bien difficile à établir. Elle est encore aussi obscure que celles des purpuras en général et du purpura exanthématique rhumatoïde en particulier sur la pathogénie desquels tant de travaux, tant de thèses ont pourtant été faits. Remarquons d'ailleurs que la présence des crises que nous étudions a servi à plusieurs auteurs d'arguments pour étayer leurs hypothèses pathogéniques (Couty, Faisans, etc.).

Comme dans toutes les affections où la pathogénie n'apparaît pas clairement, on rencontre de multiples théories pour expliquer les crises gastro-intestinales, ayant chacune pour elle des raisons plus ou moins bonnes.

Le plus simple consiste à dire que ces crises douloureuses abdominales avec leurs vomissements et leurs selles sanglantes ne sont que les phénomènes gastro-intestinaux qui traduisent l'entérite déterminant par le mécanisme de l'auto-intoxication le purpura cutané. Ainsi pense Spolverini. Il s'agirait d'une entérite à coli-bacille dont la plus ou moins grande virulence produirait les phénomènes gastro-intestinaux plus ou moins intenses tandis que la toxicité causerait les autres manifestations du purpura (éruption, accidents articulaires). C'est aussi l'avis d'Aiello qui en donne comme preuve la concordance des poussées de purpura et des crises gastro-intestinales.

Mais cette théorie est peut-être un peu simple. Nous avons montré, croyons-nous qu'il ne s'agissait pas dans nos faits de troubles gastro-intestinaux banaux dus à une vulgaire entérite, qu'ils avaient une physionomie bien spéciale différant de celle

des phénomènes digestifs couramment observés dans d'autres purpuras qui ne présentent jamais ce syndrome pseudo-péritonéal ; même dans le purpura rhumatoïde, en somme d'observation fréquente, ces faits sont assez rares. Nous croyons donc, comme Calmels, qu'il ne faut pas confondre les phénomènes gastro-intestinaux dus à une gastro-entérite, cause plus ou moins directe du purpura avec les accidents en rapport avec l'éruption pétéchiALE cutanée, mais non en rapport de cause à effet.

Il reste en réalité, comme le dit David, deux théories principales en présence : celle du purpura intestinal et péritonéal et celle de l'origine purement nerveuse des accidents.

La théorie du *purpura intestinal* a surtout été soutenue dans ces dernières années par les auteurs anglais.

« Les causes anatomiques des symptômes viscéraux, dit Osler, ne sont pas bien établies, mais les lésions du canal gastro-intestinal sont probablement la contre-partie de celles qui se produisent dans la peau, c'est-à-dire exsudation de sérum, gonflement, hémorragie et parfois nécrose ».

« Je n'ai pas hésité dit Crawford, à rapporter les crises de douleurs abdominales à l'extravasation, à cause de l'association des symptômes abdominaux et des hémorragies que l'œil pouvait constater à la surface de la peau »,

Il est certain comme nous l'avons déjà indiqué qu'il y a un parallélisme des plus remarquables entre l'apparition des crises gastro-intestinales avec leurs vomissements, leurs hématomésés et leurs selles sanglantes et l'apparition du purpura cutané.

De plus on a pu constater plusieurs fois *de visu*, soit par autopsie, soit par laparotomie ce purpura péritonéal, gastrique, intestinal, appendiculaire.

Nous avons vu que les crises gastro-intestinales du purpura ressemblait beaucoup aux phénomènes analogues que l'on rencontre dans l'urticaire, l'érythème polymorphe et l'œdème local de Quincke, maladies présentant des affinités nettes avec le purpura rhumatoïde. On admet dans ces cas « avec une certaine vraisemblance » (Merklen) que ces phénomènes sont dus à la fluxion ortiée ou à l'œdème de l'estomac et l'intestin. Cependant

les autopsies manquent et on n'a jamais constaté ces lésions pièces en main (1). La vraisemblance du rôle du purpura intestinal est donc beaucoup plus grande puisqu'on l'a constatée plusieurs fois. Il faut aussi remarquer ce fait que les crises gastro-intestinales de ces affections œdémateuses et celles du purpura malgré leur ressemblance ne diffèrent que sur un point : la nature des selles. Tandis que dans les premières on constate généralement simplement une diarrhée *aqueuse*, dans les deuxièmes on observe une diarrhée *sanglante*. Or n'est-il pas séduisant de dire : dans les unes il y avait œdème de l'intestin, exsudation de sérum et diarrhée aqueuse ; dans les autres pétéchies de l'intestin, exsudation de sang et hémorragie intestinale ?

Mais il y a plusieurs objections à cette théorie pathogénique.

D'abord ses adversaires lui opposent les cas où comme celui de David on ne trouve aucune hémorragie dans les parois de l'intestin et ceux où il y a vraiment disproportion entre quelques légères taches hémorragiques de l'intestin et les violentes douleurs observées.

On dit ensuite qu'inversement il n'est pas rare de trouver à l'autopsie de purpuras n'ayant jamais présenté de coliques violentes des pétéchies péritonéales et intestinales (2). Ainsi l'observation VIII de la thèse de Martin de Gimard : à l'autopsie on trouve des taches purpuriques nombreuses et petites sur toute la muqueuse de l'estomac et du duodénum. Or il s'agissait d'un purpura infectieux à forme typhoïde au cours duquel il n'y eut jamais de douleurs abdominales importantes. On trouve des

1. Mentionnons cependant ce cas unique d'œdème aigu local avec crise abdominale dans lequel un lavage d'estomac ramena un fragment de muqueuse gastrique où on constata de l'œdème par l'examen histologique (Morris, cité par Diller. *Angeio-neurotic œdem.*, *Philadelphia Med. Journ.*, 1906).

2. Aussi l'auteur anonyme d'une *Revue générale du British Journal of Childrens diseases* dit qu'il faut que l'hémorragie se fasse à l'intérieur de la paroi intestinale et non simplement sur la surface muqueuse et que des pétéchies de la surface muqueuse ont seules été trouvées dans les purpuras avec *melæna*, mais sans coliques (?)

faits analogues dans la thèse de Gomot. Calmels fait aussi remarquer que dans les grandes pyrexies on peut trouver des ecchymoses viscérales sans qu'il y ait pour cela de crises douloureuses abdominales.

Et puis si on rencontre le purpura intestinal aux autopsies des malades morts à la suite de crises douloureuses abdominales, aux laparotomies faites en pleine crise, il ne s'ensuit pas forcément que ce purpura soit la cause des douleurs. Ne peut-il s'agir d'un *trouble nerveux*, cause commune aux pétéchies et hémorragies intestinales et aux douleurs abdominales, quelque chose d'analogue à ce qui se passe lorsque l'on voit la lésion médullaire du tabes produire à la fois douleurs fulgurantes des membres inférieurs et purpura de ceux-ci (Strauss) ou encore les crises rectales s'accompagnant d'hémorragie anales dues probablement à des ecchymoses de la muqueuse (Lerat).

Nous en arrivons ainsi à la deuxième grande hypothèse : celle qui attribue à un *trouble nerveux* les crises que nous étudions. Elle n'est pas nouvelle depuis qu'elle a été proposée par Rendu (1874) (1), Conty (1876), Faisans (1882) et il faut avouer que nous ne sommes guère plus fixés aujourd'hui sur la nature et le siège des altérations nerveuses que les auteurs d'il y a 30 ans. Cependant on admet volontiers que la cause du purpura est toxi-infectieuse et il s'agirait d'un trouble nerveux dû à un « poison qui, comme les toxines de la paralysie diphtérique, aurait une action élective sur le système nerveux » (Auteur anonyme de la *Revue générale* déjà citée).

Mais sur quelle partie du système nerveux agirait cette toxine ?

Faisans se basant sur la symétrie de l'éruption, sur la ressem-

1. « Il est impossible à la lecture de cette observation (X) de méconnaître le rôle considérable du système nerveux dans la production de l'exanthème purpurique. Ici rien n'y manque : tempérament nerveux de la malade, accidents névropathiques simulant la colique hépatique, symétrie de l'éruption, troubles de la sensibilité au niveau des régions œdématisées, alternance des symptômes viscéraux et des symptômes cutanés, tout concourt à démontrer qu'il s'agit d'une véritable névrose dont l'éruption hémorragique n'était qu'un phénomène secondaire » (Rendu).

blance des crises avec les crises gastriques du tabes par leur apparition et leur disparition brusque, par leur acuité, par le caractère de paroxysmes que présentent les hémorragies intestinales et les hématoméses accompagnant la gastro-entéralgie eurent pouvoir placer la lésion dans la moelle (1) sans en préciser la nature, pensant cependant un moment à la possibilité d'agents infectieux analogues à ceux de la rage. Il se base aussi sur les expériences de Vulpian qui « pratique la section des parties supérieures de l'isthme encéphalique, très haut, au niveau de l'aqueduc de Sylvius et des tubercules quadrijumeaux » et qui « observe dans ces circonstances une dilatation plus ou moins marquée des vaisseaux abdominaux. Dans la plupart des cas la muqueuse de l'intestin était rouge, violacée, couverte de mucus sanguinolent ; les chiens opérés avaient des selles sanglantes ». Tout récemment Grenet dit dans sa thèse que le purpura est le résultat d'une intoxication souvent médullaire. Il rappelle les cas de méningites cérébro-spinales s'étant accompagnées de purpura (Rist et Paris), mais les cas où il trouva de la lymphocytose rachidienne n'avaient pas présenté de crises douloureuses abdominales et ne peuvent servir à notre point de vue particulier. Notons cependant que dans une de ses nombreuses expériences, il constata une seule fois, après injection dans la moelle d'un lapin du sérum provenant d'un malade atteint de purpura exanthématique, des ecchymoses cutanées et des *hémorragies punctiformes à la surface de l'intestin* (Grenet, thèse, Expérience VI, p. 173).

Couty au contraire de Faisans (et d'ailleurs avant lui) plaçait la lésion nerveuse dans le plexus sympathique. Au lieu de comparer la crise gastro-entéralgique du purpura à la crise du tabes, il la rapprochait de la colique de plomb dont on place depuis longtemps l'origine dans le plexus solaire. Il va même jusqu'à

1. Il ne faut d'ailleurs pas croire que Faisans nia absolument le rôle des lésions locales. Son malade avait des ulcérations de la bouche et il dit que « peut-être la muqueuse de l'intestin était le siège d'altérations semblables ayant causé à la fois l'hémorragie intestinale et les coliques ».

dire qu'il y a excitation et non paralysie parce qu'il y a de violentes contractions péristaltiques, rétraction de la paroi et non météorisme (alors que Faisans dit au contraire, non sans raison qu'il y a souvent météorisme). Il s'appuie sur les travaux de Müller et Longet qui produisent une excitation des mouvements intestinaux sans distension par irritation du plexus solaire par la potasse caustique. Il est certain qu'il y a quelques arguments séduisants en faveur d'une lésion du plexus solaire comme cause des crises gastro-intestinales en rapport avec le purpura.

Remarquons d'abord leur vraisemblance avec les crises pseudo-péritonéales d'origine capsulaire, avec certains syndromes d'insuffisance capsulaire déterminés par des lésions des capsules surrénales : maladie d'Addison, hémorragies capsulaires, etc., et on sait le rôle que l'on attribue aux lésions du plexus solaire dans ces crises douloureuses abdominales d'origine capsulaire. Du « purpura des capsules surrénales » n'expliquerait-il pas quelquefois les crises abdominales du purpura cutané ? Et il ne s'agit pas là d'une simple vue de l'esprit, il y a des rapports entre le purpura et les lésions capsulaires. On a décrit des purpuras accompagnant les hémorragies des glandes surrénales (1) et Vollbracht a vu une petite malade présenter d'abord du purpura avec accès de douleurs abdominales, puis dans la suite une maladie d'Addison. A l'autopsie, il y avait destruction tuberculeuse des capsules surrénales.

Notons cependant que dans nos cas nous n'avons pas pu trouver la ligne blanche d'insuffisance capsulaire de Sergent.

Ensuite le syndrome que nous étudions ne rappelle-t-il pas parfaitement le syndrome solaire qu'a étudié à fond Laignel-Lavastine dans sa thèse ? N'est-ce pas à cause de cela qu'il revêt parfois un aspect pseudo-péritonéal : « Le syndrome solaire de paralysie est avant tout réalisé dans les péritonites, mais il existe aussi dans une série d'affections qui justement à cause de cela sont souvent très difficiles à distinguer des péritonites » (Laignel-Lavastine). Et si dans la forme de syndrome solaire aigu

1. Blaker et Bailey. *Brit. med. Journal*, juillet 1901.

de paralysie avec son météorisme, la crise purpurique ressemble à la péritonite, ne peut-on dire qu'elle simule la colique de plomb quand elle revêt la forme du syndrome solaire aigu d'excitation avec sa rétraction du ventre ?

Même la ressemblance avec les crises gastriques du tabes n'est pas une objection irréductible à la théorie de l'origine solaire, puisque certains auteurs attribuent aujourd'hui justement les crises gastriques du tabes à une lésion du sympathique (P. Marie, *Traité de méd.*, p. 767 ; J. Ch. Roux). La diminution ou l'abolition des réflexes rotuliens constatée par Sutherland au cours de crises gastro-intestinales purpuriques et par nous également dans nos cas (par exemple abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens dans l'obs. 4) n'est pas plus en faveur d'une lésion médullaire que d'une lésion pouvant avoir atteint à la fois les nerfs du sympathique et les terminaisons nerveuses périphériques comme dans les névrites.

Mais en somme toutes ces théories dont nous avons fidèlement exposé le pour et le contre ne sont que des hypothèses ; pour chacune d'elles, on l'a vu, il y a des arguments intéressants, mais il nous est actuellement encore impossible de prendre parti pour l'une ou pour l'autre, surtout en raison de la rareté des autopsies. N'est-il pas plus sage de dire comme von Dusch et Hoche disaient il y a 47 ans : « Nous ne savons rien de précis » pour ce qui est de la pathogénie, de la nature intime des crises gastro-intestinales du purpura.

Quant à la péritonite purulente survenue dans de rares cas, il semble bien que la seule explication possible nous est donnée par la perforation de plaques, de foyers hémorragiques de l'intestin se nécrosant comme il arrive pour les pétéchies cutanées dans le purpura dit gangréneux.

Enfin la pathogénie de l'invagination intestinale paraît être celle très séduisante proposée par Vierhuff et Sutherland. Une hémorragie dans la paroi de l'intestin plus ou moins annulaire produit la dilatation et la paralysie de la portion atteinte. Les mouvements péristaltiques de la partie saine provoquent son invagination dans la portion paralysée et hémorragique. Peut-

être même les coliques les plus violentes en relation avec le purpura sont-elles dues quelquefois à une invagination passagère. On sait que Cruveilhier (1) se demandait si certaines coliques violentes cessant et commençant brusquement n'étaient pas dus à une invagination transitoire.

1. *Anatomie pathol.*, I, p. 254.

TRAITEMENT

Pour atténuer la violence des crises gastro-intestinales du purpura rhumatoïde, il faut tout d'abord faire une médication symptomatique. Contre les violentes douleurs abdominales, souvent tous les médicaments échouent sauf la morphine en injections sous-cutanées (une goutte de la solution au centième par année d'âge chez les enfants) à laquelle on est souvent obligé de recourir, d'autant plus que les autres calmants que l'on pourrait faire absorber par la bouche sont ordinairement rejetés dans les efforts de vomissements. Nous avons l'habitude en même temps d'appliquer sur le ventre de larges compresses humides très chaudes : elles nous ont paru calmer les douleurs beaucoup plus que la glace recommandée par Henoch et qui nous a semblé souvent mal supportée par ces malades. Laing-Gordon a fait cette même remarque.

Les selles glaireuses dysentériques paraissent être assez bien combattues par le sulfate de soude par petites doses en potion et par des lavements d'ipéca en infusion. Mais leur apparition et leur disparition est si brusque, à allure si paroxystique qu'il est bien difficile d'apprécier le traitement.

De plus, pour empêcher le retour des crises, il faudrait traiter la cause du purpura qui est vraisemblablement la même que celle des phénomènes abdominaux. Mais elle est si peu connue que l'on s'explique que des médicaments innombrables aient été proposés et essayés. Ce sont surtout des hémostatiques de toutes sortes, mais aujourd'hui on s'en tient généralement à trois médicaments qui en plus de leur action hémostatique paraissent avoir aussi une action antitoxique.

C'est d'abord le chlorure de calcium, très en faveur. Nous avons vu que nous n'en avons pas obtenu de très bons résultats. Nous avons vu le purpura et les crises se répéter pendant des semaines et des mois malgré son emploi. Les effets n'en paraissent pas si brillants que dans les « hémorragies séreuses » (urticaires, œdèmes locaux) (Wright, Netter).

C'est ensuite l'adrénaline soit en potion, soit en injection sous-cutanée. MM. Labbé et Ameuille en ont vanté l'emploi (1). Longley se félicite aussi de son « effet merveilleux » (Obs. XVI).

En troisième lieu dans les cas rebelles aux deux médicaments ci-dessus, on devra désormais essayer un traitement encore très peu employé : les injections de sérum sanguin frais de bœuf ou à son défaut d'un sérum sanguin quelconque comme le sérum antidiphthérique (Traitement de Weill contre les états hémorragiques) (2). Nous avons essayé dans notre cas IV en désespoir de cause contre le purpura à répétition, avec crises abdominales récidivantes et néphrite abondamment hémorragique, le sérum antidiphthérique. Le purpura ne reparut plus et l'hématurie diminua. Il est vrai que la malade est morte une quinzaine de jours après l'injection et qu'on ne peut juger de ce traitement sur un seul cas (3).

Enfin il est très important de faire observer au patient un repos au lit très strict et de ne le laisser lever que longtemps après la disparition des accidents, sous peine de voir réapparaître le purpura et souvent les crises abdominales.

1. *Soc. Méd. des hôpitaux*, 22 déc. 1905.

2. *Soc. Méd. des hôpitaux*, 11 janvier 1907.

3. Cf. E. Weill et O. Claude. Les hémorragies et les troubles de coagulation du sang dans les néphrites. *Tribune médicale*, 20 avril 1907.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle). — Tr... Eugène, 10 ans.

Ant. héréditaires. — Les parents sont bien portants. Huit autres enfants en bonne santé.

Ant. personnels. — Né à terme. Elevé au sein. Marche à un an. N'a jamais eu d'autres maladies antérieures.

Histoire de la maladie. — Il y a 35 jours il a présenté une éruption (purpura dont on voit encore les traces).

Il y a trois semaines, il est pris brusquement en revenant du théâtre de douleurs abdominales et surtout de douleurs dans les jambes. Celles-ci présentent de l'œdème, on a de la peine à lui retirer ses chaussures. A partir de cette nuit, il commence à avoir des vomissements verdâtres et blanchâtres, quelquefois avec des filets de sang.

Les vomissements continuent pendant six jours, répétés plusieurs fois par jour, puis s'arrêtent. On n'a rien noté sur les selles.

Pas d'étourdissements ni d'épistaxis.

Entrée à l'hôpital. — Depuis quelques jours (4 à 5) les douleurs abdominales ont repris très violentes, avec vomissements et constipation depuis deux jours. Un médecin fait le diagnostic de péritonite et l'envoie à l'hôpital pour être mis dans un service de chirurgie. A première vue, il est assez difficile d'être fixé en présence de renseignements incomplets. Le vestige de l'ancienne éruption décide à l'admettre en médecine où il sera examiné plus à fond.

Examen le 3 mai. — L'enfant est très amaigri. Il se tient sur le dos, les cuisses repliées sur le bassin.

Un peu de raideur de la nuque. On ne peut rechercher le signe de Kernig, l'enfant ne pouvant étendre les genoux.

Réflexes rotuliens abolis.

Réflexes crémastériens normaux.

Douleurs musculaires réveillées par la pression dans les mollets et les triceps. Ganglions inguinaux assez gros.

Le ventre est contracté avec défense musculaire L'hyperesthésie abdo-

minale empêche de palper profondément, l'enfant accuse de la douleur principalement autour de l'ombilic et dans la fosse iliaque gauche. Cette douleur est violente.

La langue est légèrement blanchâtre.

Depuis deux jours constipation.

Pas de râles dans les poumons ; rien aux sommets.

Pouls : 110. Temp. : 38°4

Sur la peau, taches brunâtres, jaunâtres d'une ancienne éruption purpurique généralisée.

Urines : claires, 650 gr., pas d'albumine.

On ne peut s'empêcher de penser à une péritonite possible et on ordonne diète hydrique et glace sur le ventre.

4 mai. — Etat analogue, mais nouvelles taches de purpura, de la grosseur d'une tête d'épingle sur la hanche droite et sur la verge. Elles sont confluentes, violacées, ineffacées par la pression, typiques.

On fait le diagnostic de purpura à forme pseudo-péritonéale et récidivant.

Les douleurs abdominales continuent très vives. D'ailleurs à plusieurs reprises, ces douleurs seront si violentes qu'elles obligeront à faire des injections sous-cutanées de morphine. Agitation.

5 mai. — Les douleurs de l'abdomen augmentent, se localisent dans la fosse iliaque gauche et autour de l'ombilic. Selles glaireuses sanglantes. Vomissements verdâtres avec filets de sang. L'éruption change de teinte, devient brunâtre. Glace sur le ventre. Solution d'adrénaline au 1/100^e : X gouttes. Potion :

Sulfate de soude.	4 gr.
Sirop de morphine.	15 »
Eau bouillie	65 »

6 mai. — Même état. Pouls : 120.

Trois selles glaireuses et sanguinolentes. Injection de 100 gr. de sérum de Hayem. Sulfate de soude (6 gr. même potion que ci-dessus). Lavement de nitrate d'argent (0,10 pour 1/2 litre).

7 mai. — Douleurs violentes de la région sus-ombilicale, comparées à des clous enfoncés dans le ventre. Vomissements sanguinolents. Erythème des genoux et des coudes. Les applications de glace ne calment pas les douleurs. On met des compresses chaudes. Sérum de Hayem, etc.

8 mai. — La douleur est toujours vive, mais maintenant le maximum est localisé dans la fosse iliaque droite. Cependant il y a amélioration : plus de vomissements, le ventre est plus souple. Les douleurs musculaires ont disparu. Pouls : 100. Sérum de Hayem, sulfate de soude, etc.

Examen du sang :

Globules rouges . . .	4.800.000	
Globules blancs . . .	8.000	
Polynucléaires. . . .	65	} pour 100
Mononucléaires . . .	34	
Lymphocytes	4	
Pas d'éosinophiles.		

Rétraction normale du caillot, sans redissolution secondaire.

9 mai. — Ventre contracté, beaucoup moins douloureux à la palpation. Maximum de sensibilité sous-hépatique (angle du colon). L'éruption a disparu ; cependant sur la face interne du bras, quelques pétéchiés punctiformes nouvelles. Pas d'arthropathies, ni de myalgie. La langue est étalée, encore blanche. Rien au cœur.

11 mai. — Œdème facial unilatéral droit de la paupière supérieure, du front, du cuir chevelu de la région du pariétal. A part cela l'état général semble meilleur. La température est à 37°6 le matin, mais le pouls reste rapide : 120, assez facilement dépressible.

Un peu de myalgie dans les bras. L'enfant a de l'appétit mais se plaint de fatigue généralisée et de temps en temps encore de son ventre (fosse iliaque gauche). Pas d'albumine.

Chlorure de calcium : 1 gr.

12 mai. — Nouvelle poussée purpurique sur la verge, à la face postérieure des bras. L'œdème s'est étendu au côté gauche de la face et paraît douloureux. Les yeux sont fermés par le gonflement des paupières. Erythème des genoux.

13 mai. — L'œdème diminue. Nouvelles pétéchiés de la verge et des bras. Douleurs abdominales assez fortes. L'enfant très exigeant réclame des compresses chaudes qui calment momentanément ses douleurs. Il se couche dans son lit en prenant des positions bizarres, sur le ventre ou dans la position genu-pectorale. Vomissements verdâtres avec matières ayant un peu l'aspect fécaloïde, mais sans odeur trop désagréable. Traitement : sirop de codéine, chloral, chlorure de calcium.

14 mai : Lavement :

Sérum	200 gr.
Poudre de foie de porc	5 gr.
Laudanum	V gouttes.

15 mai. — Nouvelles pétéchiés sur la verge, les bras, les genoux. Pas de vomissements, mais hémorragie intestinale. Lavement à 40° de :

Sérum	500 gr.
Chlorure de calcium	1 »

Soir. — Le malade se sent brusquement beaucoup mieux.

16 mai. — Les douleurs abdominales ont cessé, le ventre est souple. Plus d'hémorragie intestinale.

17 mai. — Plus du tout de douleurs de ventre. L'état général s'améliore. Les pétéchiies disparaissent.

18, 19 mai. — Rien à signaler.

20 mai. — Les douleurs abdominales reparaissent, nécessitant une injection de morphine. Le ventre est rétracté.

Selles de nouveau sanglantes, dysentériiformes. Nouvelles pétéchiies sur la verge.

Temp. normale. Pouls : 117.

Lavement :

Sérum	500 gr.
Chlorure de calcium . .	1,50
Laudanum	XX gouttes
Poudre de foie de porc . .	5 gr.

22 mai. — Les douleurs disparaissent, ainsi que les nouvelles pétéchiies. L'état général s'améliore. L'appétit renaît.

26 mai. — Plus de diarrhée, plus de purpura.

28 mai. — Encore réapparition des douleurs abdominales, moins violentes que précédemment. Cessent dans la nuit par compresses chaudes. Pas d'éruption nouvelle. Selles normales sans sang. Quelques vomissements alimentaires.

29 mai. — Plus de douleurs, pas de nausées. Bon état général.

1^{er} juin. — Pas de douleurs abdominales, ni articulaires. Encore quelques pétéchiies sur les pieds et les jambes. Pas de fièvre.

Juin. — L'enfant s'alimente, se lève, la guérison se maintient. Il sort guéri le 17 juin.

Observation II (personnelle). — Fr. Suzanne, 12 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, trois autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein jusqu'à 18 mois. Marche à 12 mois, Toujours faible et malade. A eu dans son premier âge : variole, rougeole, bronchites fréquentes.

A 9 ans, petit « bouton » à la joue gauche. Il s'ulcère à la suite de grattages. Il s'agit d'un lupus qui existe encore aujourd'hui malgré un traitement de deux ans aux Enfants Malades, par scarification, curetage, ablation même. De la grandeur d'une pièce de deux francs. Les tubercules y sont visibles par la vitropression.

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, il y a deux ans, l'enfant

éprouve de la gêne à marcher, à se courber, à se redresser surtout. Elle souffre de la région lombaire et est condamnée à l'immobilité au lit. On s'aperçoit quelque temps après de la déformation de la colonne vertébrale.

Actuellement, gibbosité des vertèbres dorsales dans la région inter-scapulaire, sans troubles de compression médullaire. Depuis deux ans le mal de Pott et le *lupus* de la joue sont restés torpides, l'enfant n'a pas été malade.

Histoire de la maladie. — Il y a un mois, à la suite d'un coup à la cheville gauche (?), l'enfant a présenté une éruption purpurique intense au pied gauche, puis quelques éléments au pied et à la cheville droite. Pas d'autres symptômes, guérison en huit jours par repos au lit (du 15 au 25 juillet environ).

28 juillet. — L'enfant est prise de *douleurs abdominales violentes* sans constipation ni diarrhée, sans vomissements. Ces douleurs prédominaient à droite. Pas d'autres symptômes. Ni céphalée, ni vertiges, ni épistaxis.

Traitée par des lavements d'eau salée et des cataplasmes, l'enfant va mieux en quelques jours. En cinq jours, elle va même très bien, mange comme d'ordinaire et semble absolument guérie, quand subitement, le 3 août, elle est reprise sans cause appréciable de douleurs violentes abdominales, paraissant prédominantes dans la fosse iliaque droite, exaspérées par la pression et le simple contact de la main. Les draps cependant sont supportés. Elle vomit et a des *selles sanglantes*.

Le médecin diagnostique une appendicite et envoie la patiente aux Enfants Malades.

Là on met les douleurs abdominales sous la dépendance du mal de Pott, et on dit à l'enfant de revenir pour être mise dans un corset plâtré.

Le samedi, 4 août, l'enfant souffre horriblement.

Le dimanche, 5 août, un second médecin, en présence de ces douleurs abdominales violentes et des vomissements, fait, *malgré les selles sanguinolentes*, à nouveau le diagnostic d'appendicite et envoie l'enfant à Trousseau.

6 août. — Reçue avec ce diagnostic, l'enfant est placée d'abord en chirurgie. Diète hydrique et glace pour refroidir « l'appendicite ». Constipation, pas de vomissements.

La température, qui était aux environs de 38°, tombe trois jours après à la normale.

9 août. — Selle sans lavement.

10 août. — Quelques éléments de pupura apparaissent aux deux coudes, nettement symétriques.

Puis on voit l'éruption continuer par le dos des mains, la face de l'extension des avant-bras, la région du tendon d'Achille, le dos, la plante du pied, la paume des mains, les doigts, enfin l'abdomen.

L'éruption apparue dans cet ordre était complète en quelques jours (13 août).

Dès le début de l'éruption, on fait, grâce à l'étude de l'histoire de la maladie (purpura il y a un mois — selles sanglantes en même temps que les douleurs abdominales — purpura actuel), le diagnostic de pseudo-péritonite, de purpura à forme pseudo-péritonéale. La malade est passée en médecine dans le service de M. Guinon, suppléé par M. Renault (salle Archambault).

Traitement. — Chlorure de calcium : 1 gr. 50.

L'éruption de purpura typique constituée par des pétéchies d'un rouge violacé, de forme variable, est remarquable par la disposition symétrique des éléments sur les membres. Cependant ils sont plus confluent et plus étendus à gauche qu'à droite. A l'abdomen, au-dessus de l'ombilic, il y a quelques taches confluentes plus volumineuses que sur le reste du corps et disposées sans ordre, sans symétrie.

19 août. — L'éruption commence à disparaître. Les taches pâlisent aux membres inférieurs.

Les jours suivants, on assiste à la disparition progressive de l'éruption en sens inverse de l'ordre d'apparition, les macules les plus anciennes demeurant le plus longtemps. Depuis son entrée salle Archambault, la malade n'a plus eu ni douleurs abdominales, ni diarrhée. Rien dans la fosse iliaque droite.

21 août. — Reprend l'alimentation normale.

24 août. — L'enfant est très bien portante d'aspect ; l'éruption a disparu aux pieds. Aux avant-bras et au ventre, il ne reste plus que des macules brun clair.

29 août. — Elle a eu un peu de diarrhée sans douleurs.

2 septembre. — Id.

13 septembre. — Sort complètement guérie.

Observation III (personnelle). — Lec. Paul, âgé de 9 ans 1/2.

Depuis sa naissance n'avait jamais été malade, aucune maladie contagieuse.

Le mercredi 27 février tombe et « à la suite » de sa chute a le genou enflé.

Le lendemain, il se plaint encore du genou.

Le surlendemain, il commence à se plaindre du ventre. La douleur augmente de plus en plus ; l'insomnie est complète ; il pousse des cris pendant les paroxysmes et indique la région ombilicale comme point maximum de la douleur.

Apparition de vomissements alimentaires qui deviennent ensuite verdâtres, ne contenant pas de sang. Selles diarrhéiques très fétides, non sanglantes. Le ventre est plutôt rétracté, jamais ballonné. Le malade prend des positions bizarres. Il est impossible de lui faire supporter la glace que le médecin a ordonnée.

Du vendredi 1^{er} mars au mardi 5, jour de l'entrée, les douleurs très violentes du ventre continuent, cependant avec quelques accalmies. Il y a aussi de la céphalée, mais il n'a jamais eu d'autres douleurs articulaires que celle du genou signalée plus haut et qui a cessé très rapidement.

A aucun moment il n'a eu la moindre tache sur la peau (les parents sont affirmatifs sur ce point).

Le mardi 5 mars, on voit un deuxième médecin qui, devant les douleurs abdominales et les vomissements, fait le diagnostic d'appendicite et conseille le transfert d'urgence à l'hôpital, parce que l'opération est nécessaire.

Le malade entre donc le soir à l'hôpital Trousseau, il est placé dans le service de chirurgie. Il souffre du ventre, mais sans localisation nette. Le ventre n'est pas ballonné, mais plutôt rétracté. Le malade est mis à la glace et à la diète.

Le lendemain, l'état général est bon, les douleurs sont calmées ; mais le surlendemain, dans la nuit du jeudi, il se plaint de douleurs atroces dans le ventre. Il pousse des cris répétés, prend des positions bizarres, se tord dans son lit. Le ventre est néanmoins absolument souple. Le facies exprime une douleur intense, mais n'est pas péritonéale. Le pouls, rapide, un peu irrégulier, est à 120. Il n'y a pas eu de vomissements.

Le lendemain *vendredi 8 mars*, les douleurs sont calmées, le malade va à la selle sans rendre de sang dans ses garde-robes ; il est plutôt constipé.

Samedi 9. — Dans la nuit nouvelles douleurs violentes, à début brusque, surtout au niveau du creux épigastrique qui est très sensible. De 9 heures du soir à 3 heures du matin, le malade crie sans cesse, empêchant toute la salle de dormir. On vient chercher deux fois l'interne de garde ; la morphine en injection sous-cutanée apaise seule la douleur. Il n'y a pas eu de vomissements.

10 et 11 mars. — Rien à signaler, plus de douleurs abdominales ; le patient n'a eu à aucun moment de douleurs articulaires.

12 mars. — Pour la première fois, quinze jours après le début des douleurs de ventre, apparaissent des taches de purpura. Ce sont des macules purpuriques typiques, petites, disséminées sur les deux avant-bras et le dos des mains. Aux deux coudes larges taches ecchymotiques

violacées occupant la face d'extension sur une très large étendue, surtout du côté droit

Il n'y a pas de taches ailleurs, cependant sur les genoux et le dos des pieds, il y a quelques taches rougeâtres qui paraissent être le début d'une éruption purpurique

Le ventre est très souple, sauf dans la région épigastrique, qui est légèrement douloureuse. La fosse iliaque droite est facile à palper à fond. On n'y sent absolument rien.

La langue est nette.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

On administre deux grammes de chlorure de calcium.

L'enfant qui était dans un service de chirurgie est passé en médecine dans le service de M. Boullouche.

13 mars. — Les traces rougeâtres des genoux et des pieds sont devenues plus accentuées et sont maintenant des taches de purpura typique. Quelques petites taches apparaissent sur les cuisses, sur la face externe, symétriquement

Les douleurs abdominales sont calmées.

La langue est un peu blanche.

Les réflexes notuliens sont abolis.

La ponction lombaire est pratiquée ; le liquide est clair et ne renferme aucun élément.

Le malade a des selles contenant quelques membranes, un peu sanguinolentes.

14 mars. — Dans la nuit encore quelques douleurs abdominales et un vomissement alimentaire.

15 mars. — Rien à noter, l'éruption de purpura pâlit rapidement.

20 mars. — Nouvelles douleurs abdominales. L'enfant se tient couché en chien de fusil en poussant des gémissements. Il a un vomissement alimentaire.

21 mars. — Le matin, l'enfant se plaint du ventre, mais les douleurs abdominales ne paraissent pas très violentes. Il est couché à plat ventre sur son lit. Il a un vomissement alimentaire avec des parties verdâtres. On lui donne une pilule de 0,01 centigramme d'extrait thébaïque. Les douleurs se calment, mais vers une heure l'enfant est pris, sans pousser un cri, progressivement de convulsions. Il ne parle plus, ses yeux et sa tête se tournent vers la droite. Il y a quelques convulsions dans les doigts. En une heure, la situation empire rapidement. Les convulsions se généralisent, mais prédominent à droite, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux du même côté. Il y a de violentes contractions des muscles de la face surtout dans la partie droite. L'enfant est raide, courbé en arc de cercle, en véritable opisthotmos. Il y a perte de connaissance coupée

de quelques gémissements. Les convulsions demeurent très violentes, incessantes. Les extrémités se refroidissent, la face se cyanose. La ponction lombaire qui paraît pratiquée *in extremis* donne un liquide clair qui s'écoule goutte à goutte. Il ne renferme aucun élément.

L'enfant est sondé, il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

Le malade paraît râler ; des paroxysmes violents de convulsions le secouent par instants ; il semble absolument prêt de mourir (1).

Cependant, contre toute prévision peu à peu les convulsions diminuent, puis cessent après avoir duré pendant cinq heures. La parole revient peu à peu ainsi que la connaissance. La nuit est bonne.

22 mars. — Le lendemain l'enfant est bien. Il ne se rappelle de rien. Le facies est bon et ne garde aucune trace de la terrible crise que le patient vient de traverser. Les douleurs abdominales ont disparu. Pendant tout ce mois, l'enfant n'a jamais présenté de fièvre.

22 mars. — Pas d'éruption de purpura, seulement une ecchymose allongée sur la face antérieure de la jambe gauche.

Urines : pas d'albumine.

23 mars. — Bon état général, plus de douleurs abdominales. On lui administre du calomel et 0,10 centigramme de santonine. Le soir, il est repris brusquement d'une violente douleur abdominale. Les douleurs augmentent, le malade pousse de véritables hurlements, il est plié en deux. Il a un vomissement alimentaire. On est obligé de lui faire une injection de quatre gouttes de morphine.

Toute la nuit, il a des selles sanglantes, extrêmement fétides et glaireuses, sans vers.

24 mars. — Une nouvelle éruption de purpura est en train d'apparaître sur les pieds, les coudes de pied, sur les genoux, les avant bras, les coudes, le prépuce. Le ventre est absolument souple. Il y a encore quelques légères douleurs périombilicales.

27 mars. — Bon état général, bon facies, rien à noter.

2 avril. — Le malade va très bien ; il engraisse rapidement.

4 avril. — On laisse lever un peu l'enfant. Immédiatement nouvelle poussée de purpura sur les membres inférieurs. Température : 38°.

8 avril. — Quoique l'enfant fût resté couché, il a encore une petite poussée de purpura sur la verge ; quelques petites taches sur le haut des cuisses.

Le soir l'enfant ne se sent pas bien, il ne veut pas manger. Dans la

1. Nous avons assisté à toute cette crise. Il ne peut s'agir d'épilepsie. Jamais l'enfant n'avait rien présenté d'analogue et dans la suite aucune crise ne reparut.

nuît, il a un vomissement un peu verdâtre et un peu de douleur épigastrique. Le ventre est souple.

9 avril. — Poussée de purpura sur les deux pieds. Le soir, douleurs abdominales plus vives, dans la région épigastrique. Application de compresses humides chaudes. Une selle diarrhéique avec quelques filets de sang. Pas de vomissements, langue un peu saburrale.

Chlorure de calcium : 2 grammes.

Les jours qui suivent, très bon état général, mais on laisse l'enfant couché par prudence. Pas d'albumine dans l'urine.

L'enfant paraît guéri et sort le 21 avril, mais en prévision d'une rechute, on prévient les parents et on dit de le ramener à la moindre alerte.

En effet quatre jours après sa sortie, il présente du purpura des jambes et des cuisses. En même temps il présente de l'œdème d'un genou et du pouce et du petit doigt de la main droite. Il a quelques très légères épistaxis.

Trois jours après, il se plaint du ventre du côté gauche et dans la région ombilicale. Il a aussi de la céphalée et des vomissements glaireux. Plusieurs selles en diarrhée.

Le malade rentre à l'hôpital, la guérison est rapide après quelques jours de lit. Elle paraît définitive et il sort en très bon état général le 13 mai.

Observation IV (personnelle). — Del... Andrée, âgée de 12 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte depuis longtemps de dyspepsie. Père toussé souvent. Une seule sœur, un peu anémique. Pas d'autres enfants.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante jusqu'à l'âge de 9 ans. Maladies insignifiantes. Pas de maladies contagieuses.

Il y a 3 ans, douleurs dans les jointures des membres supérieurs et inférieurs. Au bout de quelques jours, douleurs violentes dans le ventre sans ballonnement. Vomissements alimentaires, mais non verts. Constipation pendant quelques jours, puis diarrhée. Elle aurait eu à ce moment une éruption de petits boutons (purpura ?) Un mois de maladie.

Pendant trois ans aucune maladie.

2 mars. — Le matin, rien ; l'enfant va à l'école. Le soir le genou commence à enfler.

3 mars. — Eruption de purpura aux bras, aux jambes, aux fesses. Elle paraît avoir eu en même temps une éruption ortiée étant donné ce que racontent les parents et le peu de traces de cette éruption qu'on trouve une semaine après.

Douleurs dans les deux genoux. Constipation.

4 mars. -- Douleurs dans les coudes.

5 mars. — Même état, constipation opiniâtre.

6 mars. — Douleurs lombaires, douleur violente du ventre. La malade crie, indique comme maximum de la douleur la région ombilicale et la région épigastrique. Vomissements de lait caillé. Va difficilement à la selle, avec lavements : selles glaireuses, mais non teintées de sang.

7 mars. — Douleurs abdominales continuent violentes, avec vomissements alimentaires.

8 mars. — Vomissements abondants, vert-jaune ; avec par places des parties noires (sang ?). Légère accalmie des douleurs après les vomissements.

9 mars. — Dans la nuit, insomnie complète.

L'enfant se plaint tout le temps du ventre. Elle a quatre vomissements verts ; dans l'un d'eux, il y a un caillot de sang gros comme une noix ; dans les autres, il y a des glaires, quelques filets de sang.

10 mars. — Le matin, un médecin voit la malade, pense à une péritonite et l'envoie d'urgence à l'hôpital pour y être opérée.

La malade d'abord placée en chirurgie, passe au bout de quelques heures en médecine dans le service de M. Bouloche.

La malade est amaigrie, elle ne paraît guère souffrir du ventre. Les douleurs se sont en effet calmées depuis le matin. Le ventre est plat, on ne sent rien à la palpation qui n'est qu'un peu douloureuse. Pas de nausées actuellement, aucune douleur articulaire.

Langue saburrale, un peu rouge sur les bords.

Température, 37°2.

Pouls tranquille, bien frappé, 80.

Petites taches de purpura typique.

Sur les mains et les avant-bras, surtout au niveau des poignets, elles sont en piqûres de puce, peu nombreuses. Au niveau des deux coudes, taches plus volumineuses de purpura de la grosseur d'un pois, au nombre d'une dizaine.

Au niveau des genoux, quelques rares papules purpuriques.

Sur le dos des pieds, pas d'éléments nouveaux, mais petites traces rouges, jaunâtres, peu nombreuses de l'ancienne éruption d'il y a 8 jours.

Pas de nausées actuellement. — Régime lacté et CaCl 22gr.

11 mars. — Bon état, plus de douleurs abdominales. Pas de vomissements. Avec lavement, selles un peu noirâtres (melæna).

Rien au cœur.

12 mars. — Nouvelle poussée de purpura très marquée, formée par des taches confluentes violet foncé de sang extravasé aux coudes, aux

genoux, aux pieds, aux fesses. Ces taches sont très symétriques, localisées à la face d'extension des grandes articulations. Sur le pavillon de chaque oreille en deux points absolument symétriques, taches de purpura. Ecchymose de la grosseur d'une tête d'épingle sur la sclérotique gauche.

Pas d'albumine.

Plus de douleurs abdominales, pas de douleurs articulaires

Pas d'autres hémorragies.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

13 mars. — Selles normales, pas de douleurs abdominales. Langue blanche.

La main gauche est un peu enflée. Douleur à la pression au niveau de l'articulation métacarpophalangienne. Poussée de petites taches purpuriques sur les doigts

Dans la paume de la main droite, taches ecchymotiques surtout au niveau de l'éminence thénar.

Les placards des genoux et des coudes sont très foncés, violacés, presque noirs.

Urines claires, en quantité normale, sans albumine.

La ponction lombaire donne un liquide clair, sans hypertension, très légère lymphocytose, mais indubitable, 2 à 4 lymphocytes par champ.

14 mars. — Quelques vomissements alimentaires. Pas de douleurs abdominales. Céphalée.

16 mars. — Douleurs abdominales. Ventre un peu dur, non douloureux. Quelques nausées, sans vomissements. Selles très fétides, noires (melena). Œdème de la main augmente, on peut trouver un godet jusqu'au niveau du coude. Par places l'œdème a une vague teinte jaune verdâtre ecchymotique.

Urines : traces d'albumine, un peu d'indican.

Sang :

4.990.000 globules rouges ;

24.000 globules blancs ;

Polynucléaires, 80 0/0 ;

Mononucléaires, 15 0/0 ;

Lymphocytes, 2 0/0 ;

Formes de transition, 3 0/0.

Pas d'éosinophiles.

16 mars. — La malade souffre un peu du ventre. Celui-ci est rétracté et résistant, douloureux à la pression dans la région ombilicale et la fosse iliaque gauche. Les douleurs sont supportables et calmées par des compresses chaudes.

Plus de douleurs rhumatoïdes. L'œdème de la main et de l'avant-bras gauches a disparu.

17 mars. — Les douleurs abdominales reprennent intenses, toujours localisées dans la région périombilicale. Pas de vomissements, pas de sang dans les selles. Pas de nouvelles poussées de purpura.

19 mars. — Encore quelques douleurs abdominales. Quelques nausées puis vomissements alimentaires d'odeur très acide, soulageant les douleurs.

L'ancien purpura des genoux se recouvre de croûtes.

20 mars. — Nouvelle poussée de purpura aux pieds, aux fesses et sur les avant-bras.

21 mars. — Douleurs abdominales assez fortes. L'enfant est couchée en chien de fusil, les genoux ramenés sur la poitrine. Son facies est pâle, la langue humide, non saburrale ; le pouls est bon.

Pas de vomissements ; selles sanguinolentes.

L'enfant est très amaigrie.

On donne deux pilules d'opium de 0,01 centigramme.

Urines : pas d'albumine ; acétone en assez grande abondance.

22 mars. — Le ventre est un peu ballonné, résistant, peu douloureux à la pression. La poussée de purpura s'accroît sur les avant-bras.

23 mars. — Le purpura de l'avant-bras gauche devient confluent, formant une large nappe violacée qui occupe presque tout l'avant-bras. Sur la face antéro interne, il y a une plaque noirâtre douloureuse, ressemblant à une plaque de sphacèle, ovale et mesurant environ 6 cm. de long. Il y a une autre plaque de même nature, mais beaucoup plus petite sur la face antéro-externe et une autre petite au niveau du poignet.

Les douleurs abdominales ont presque disparu ; à peine quelques légers élancements de temps à autre.

24 mars. — Les douleurs abdominales ont reparu de nouveau avec violence, sans vomissements ; mais il y a eu plusieurs selles abondantes et sanglantes. Certaines sont absolument dysentériques, glaireuses, avec filaments de sang pur rappelant la classique « lavure de chair ». Poussée de purpura aux pieds et aux jambes.

La plaque noirâtre de l'avant-bras gauche se recouvre de phlyctènes renfermant un liquide séro-sanguinolent.

Aucune douleur articulaire.

Le soir, les douleurs abdominales sont continues, l'enfant gémit sans cesse. Les selles dysentériques, glaireuses et sanglantes continuent.

25 mars. — Les douleurs abdominales persistent très vives. L'hémorragie intestinale est très abondante : les selles sont complètement liquides, rouge noirâtres, contenant une grande quantité de sang (600 à

800 grammes au moins) extrêmement fétides. Le teint est pâle, les muqueuses sont un peu décolorées.

Le pouls est assez bon, un peu rapide, 110.

La température est à 36°2, la respiration normale.

Pas de nouvelle poussée de purpura depuis hier.

La plaque de l'avant-bras est recouverte d'une phlyctène remplie de liquide sanglant.

On arrête le chlorure de calcium et on donne l'adrédaline X gouttes.

On administre aussi un lavement d'infusion d'ipéca à 1 pour 300.

Le soir, les douleurs abdominales sont si violentes qu'elles nécessitent encore la morphine : elles sont calmées rapidement et l'enfant repose. Température 38°.

Les selles sont un peu moins sanglantes, toujours très fétides.

Examen de sang. — Le sang recueilli dans un petit tube commence à se coaguler 10 minutes après, le caillot se rétracte normalement, pas de redissolution secondaire.

Globules rouges	5.040.000
Globules blancs	25.000
Polynucléaires	86 0/0
Mononucléaires	11 0/0
Lymphocytes	3 0/0

Pas d'éosinophiles.

Pas de globules rouges nucléés, pas de f. anormales.

26 mars. — Selles beaucoup moins sanglantes. Douleurs abdominales moins vives.

27 mars. — Les douleurs abdominales ont complètement disparu. Les selles redeviennent normales, elles ne contiennent plus du tout de sang.

La plaque de purpura de l'avant-bras gauche reste toujours recouverte d'une phlyctène sero-sanguinolente, mais sans tendance à l'escharification.

28 mars. — Plus de douleurs. Selles normales. L'enfant est très amaigri. Sur le dos du poignet droit, la phlyctène laisse une ulcération relativement profonde, intéressant la peau jusqu'au tissu cellulaire sous cutané. Œdème local de la main du même côté, blanc, un peu douloureux, surtout appréciable sur le dos de la main. Au coude gauche, le purpura a aussi laissé une ulcération.

La tache purpurique de l'avant-bras gauche est toujours recouverte de sa phlyctène.

4 avr. — Bon état général ; la malade engraisse.

Les ulcérations laissées par le purpura se cicatrisent.

6 avril. — Selles glaireuses, très fétides.

10 avril. — Urines rougeâtres, un peu troubles. Un demi-litre en 24 heures. Albumine en grande quantité, dépasse la division 12 du tube d'Esbach.

Aucun autre signe de néphrite. Pas d'œdème des jambes, pas de céphalée, pas de douleurs lombaires.

L'enfant qui mangeait comme les autres malades est mise au régime lacté.

11 avril. — Urines beaucoup plus claires, abondantes, contenant toujours de l'albumine, mais beaucoup moins. 2 gr. 1/2 au tube d'Esbach.

13 avril. — Crise urinaire. Urines très abondantes : 2 litres 1/2 en 24 heures.

15 avril. — Albumine : 3 gr.

17 avril. — Urines très abondantes, paraissant hématuriques. C'est en effet du sang que contiennent ces urines. Après centrifugation, culot de sang presque pur. A l'examen microscopique, globules rouges, sans cylindres.

Chlorure de calcium, 2 gr.

18 avril. — Sans que la malade se soit levée, nouvelle poussée de purpura assez confluent aux deux pieds et à la partie inférieure des jambes. Pas de signes abdominaux, rien dans les selles.

19 avril. — Quelques pétéchiez discrètes sur les coudes et les avant-bras. Albumine, 4 gr.

23 avril. — Quelques légères douleurs abdominales.

25 avril. — Urines encore hématuriques.

27 avril. — Albumine, 3 grammes. La malade se dégoûte du lait. On lui donne du képhir. Son état physique paraît changer. Elle répond à peine aux questions et reste sans bouger dans son lit, avec un facies abattu. Aucun signe somatique.

28 avril. — Etat général meilleur, moins d'abattement. Poussée de purpura sur le bras gauche. Urines toujours troubles, contenant beaucoup d'albumine, 11 gr. au tube d'Esbach.

2 mai. — Selles très fétides sanguinolentes, teintées d'une façon uniforme par le sang.

Réflexes rotuliens diminués.

3 mai. — Aucune douleur abdominale, pas de poussées purpuriques. Albumine, 6 gr.

10 mai. — Les hématuries continuent toujours par intervalles malgré le chlorure de calcium. Assez bon état général. Pas de nouvelle poussée purpurique.

A l'examen des urines après centrifugation, rien que des globules rouges, aucun cylindre.

13 mai. — Apparition d'un œdème unilatéral douloureux à la pression, occupant tout le pied gauche.

Pas de douleurs abdominales. Pas de sang dans les selles. Toujours de l'hématurie. Albumine, 3 gr. Assez bon état général, mais l'enfant est amaigri. Elle prend du chlorure de calcium depuis très longtemps et avec peine : on le supprime. Elle ne peut supporter le régime lacté, elle est mise au régime déchloruré. Après centrifugation des urines on trouve pour la première fois avec les globules rouges quelques cylindres granuleux.

14 mai. — Tout le membre inférieur gauche est atteint d'œdème bleuâtre, présentant l'aspect de la phlegmatia cœrulea.

15 mai. — La jambe gauche est toujours œdématisée, peu douloureuse. Les veines dilatées se prolongent en haut jusque sur le côté gauche de la paroi abdominale, établissant une circulation collatérale.

16 mai. — L'œdème est moins considérable et la douleur provoquée par la pression à la base du triangle de Scarpa est moins vive. La circulation collatérale diminue. Hématurie assez considérable. Albumine au tube d'Esbach, 12 gr.

Pendant trois jours, petite élévation de température vespérale (38°).

Hier soir, la malade a eu une douleur abdominale peu intense, péri-ombilicale et qui a passé dans la nuit, sans vomissements. En revanche il y a eu deux selles sanglantes avec quelques glaires, la première surtout contenait beaucoup de sang, deux verres environ.

Ce matin quelques petites pétéchies en piqûres de puce sur les avant-bras et le dos des mains. Quelques-unes sur le nez et les joues. Le ventre n'est pas douloureux, il est un peu dur et ballonné.

17 mai. — L'éruption de purpura des avant-bras et de la face en voie d'apparition hier est plus nette et plus étendue. Il y a aussi sur le bras gauche une éruption papuleuse et purpurique, de même que sur les pieds et l'extrémité inférieure des jambes.

L'œdème de la jambe gauche est moins douloureux et paraît diminuer.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

On fait une injection de 30 centim. cube de sérum antidiphthérique (n'ayant pas sous la main de sérum de bœuf frais).

A l'examen du sang, rien d'anormal.

Les globules blancs sont retombés à 6.000 par centim. cube. Les éosinophiles ont réapparu (1 0/0). Notons en particulier que la coagulation est très rapide (5 minutes), que l'exsudation du sérum se fait normalement et qu'il n'y a pas de redissolution secondaire du caillot.

18 mai. — Quelques douleurs abdominales supportables. Dans les selles, il y a de temps en temps une glaire striée de sang.

19 mai. — Encore une selle dysentérique.

21 mai. — La jambe est de nouveau douloureuse et œdématisée. La température est à 39°5. Immobilisation dans une gouttière ouatée.

Pendant plusieurs jours, la phlébite évolue avec des oscillations de température allant de 40° à 37° et faisant penser à quelque suppuration cachée que l'on ne trouve d'ailleurs pas.

27 mai. — Œdème de la jambe diminue. La douleur est moindre. Rien au cœur. La température continue à 39° le soir, 38° le matin.

30 mai. — La température est tombée. Il n'y a plus eu depuis l'injection de sérum de poussée de purpura. Les hématuries ont disparu, au moins à l'œil nu, mais les urines sont peu abondantes, toujours bouillon sale et contiennent de l'albumine (2 gr. environ).

L'état général est assez mauvais. On ne peut arriver à alimenter l'enfant malgré l'essai de toutes sortes de régimes compatibles avec sa néphrite. La malade est très abattue, son amaigrissement est extrême.

La patiente demande instamment à retourner chez elle ; elle est emmenée par sa famille. Elle est morte quelques jours après, sans que nous ayons eu de renseignements.

Observation V (inédite) du service de M. le docteur Guinon. — Pi... Georges, 8 ans. — Le jeune malade a eu la rougeole. Il est seul enfant. Les parents sont bien portants.

Il est malade depuis onze jours. Le début a été brusque. Au milieu du repas l'enfant qui n'avait pas d'appétit a vomi ce qu'il venait de prendre et se plaignit du ventre. Depuis il a vomi tous les jours, a souffert du ventre. Les selles semblent avoir été régulières. Cependant il n'aurait pas été à la selle depuis trois jours.

Il entre le 11 mars au soir. Dans la nuit il a un vomissement de liquide franchement vert pomme, abondant.

12 mars. — Actuellement l'enfant accuse une douleur sourde à égale distance de la pointe de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. Elle est exagérée par la pression. Mais le ventre est souple, non ballonné. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre sec et épais. Le pouls est faible, très irrégulier, à 96 pulsations. Pas de fièvre. On remarque des taches de purpura sur les membres supérieurs et inférieurs. *Calomel* 0,20.

13 mars. — Le matin à cinq heures et à six heures deux vomissements franchement verts. Le pouls est plus régulier, mais plus fréquent : 128. Depuis son entrée le malade n'avait pas eu de selles, quand il a une débâcle subite, avec une véritable hémorragie intestinale et émission d'un énorme ascaris. A la suite selles dysentériques, verdâtres, glaireuses, sanguinolentes. Les vomissements ont cessé et les douleurs abdominales ont disparu, bien qu'il y ait par moments de petites tranchées.

Le ventre est souple à gauche et dans la région sous-ombilicale, mais à droite, il est rénitent, bien que déprimé. Il y a de nouvelles plaques de purpura sur les fesses, surtout à droite.

On fait prendre à l'enfant de l'eau bouillie glacée et on applique des compresses chaudes sur le ventre. Lavement et injection de sérum.

19 mars. — Selles encore un peu sanguinolentes. On administre 10 grammes de sulfate de soude.

20 mars. — Vomissements verdâtres et douleurs abdominales.

21 mars. — Les douleurs abdominales ont disparu.

25 mars. — Les selles sont encore glaireuses. On fait des lavages à l'ichtyol avec 2 gr. 50 d'ichtyol pour 750 gr. d'eau.

26 mars. — Encore un vomissement alimentaire.

3 avril. — Le malade guéri part en convalescence.

Observation VI inédite du service de M. Guinon. — Pour... Jules, âgé de 14 ans 1/2.

Ant. héréditaires. — Père bien portant. Mère morte de congestion pulmonaire. Quatre autres enfants de bonne santé habituelle.

Ant. personnels. — Né à terme, élevé au sein, n'a eu aucune autre maladie antérieure.

Malade depuis douze jours. Il fut pris brusquement pendant son travail d'une forte douleur abdominale qui le força à s'aliter, sans localisation précise. Mais ce n'est que trois jours avant l'entrée qu'il est pris de vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, fréquents et abondants : l'intolérance de l'estomac est absolue. L'enfant était plutôt constipé. Un médecin vit le malade la veille et le matin de l'entrée (1^{er} mars) : *il l'adresse à l'hôpital pour être opéré d'urgence (péritonite).*

1^{er} mars. — A son entrée, l'enfant se plaint surtout du ventre qui est ballonné. Les douleurs abdominales sont très intenses. La palpation est douloureuse partout; elle ne permet de localiser aucun empâtement. Les vomissements ont cessé depuis ce matin et un peu de diarrhée est apparue depuis ce moment. La langue est dépouillée et sale. Le pouls est bon et le malade n'a pas le facies péritonéal.

En l'interrogeant, on apprend que l'enfant a souffert aussi de la gorge qui, actuellement, ne présente rien d'anormal, qu'il a eu de la céphalée et quelques douleurs dans les articulations des pieds et des mollets (1).

2 mars. — Les douleurs abdominales ont complètement disparu. Il

1. Ce jour-là le rédacteur de cette observation détaillée n'a pas noté que le malade ait présenté jusqu'à ce moment du purpura. Il semble donc bien que l'apparition des taches purpuriques indiquée le lendemain s'est faite pour la première fois une douzaine de jours après le début des douleurs.

n'y a pas eu de vomissements. Il se plaint de l'articulation du coude droit qui est tuméfiée, de coloration normale, sauf au niveau de l'olécrane où existe une ecchymose, sans cause traumatique. On retrouve une ecchymose semblable au niveau du coude gauche.

De plus le malade présente sur tout le corps, particulièrement sur les membres des taches de purpura discrètes dont les plus grosses ont le volume d'une tête d'épingle. Elles sont papuleuses au toucher, et sont particulièrement nombreuses sur la verge. Sur les cuisses, elles ont plutôt l'aspect d'un érythème rubéolique, elles sont de couleur plus claire, non confluentes, mais assez nombreuses.

Les urines ne contiennent pas de sucre, des traces d'albumine et beaucoup d'urates et de phosphates. Les matières légèrement diarrhéiques ne contiennent pas de sang. Il n'y a pas d'hémorragies viscérales, pas d'épistaxis.

Chlorure de calcium : 1 gr. 2 citrons par jour.

3 mars. — Ce matin les douleurs sont toujours marquées dans le coude droit et dans le poignet. Il y a un gonflement très évident et douloureux des gaines des tendons extenseurs. Palpation douloureuse. Mouvements actifs et passifs également. Gonflement du dos des deux mains.

Le ventre n'est plus ballonné, ni douloureux. Rien aux poumons. Les bruits du cœur sont peut-être un peu sourds.

5 mars. — Pétéchies plus nombreuses aux fesses, aux genoux. Ecchymoses palpébrales remontant à 1 cm. au-dessus du bord libre de la paupière supérieure. Myalgie du bras droit, de l'avant-bras. Arthralgie des deux coudes.

9 mars. — Selles glaireuses contenant des filets de sang. Plus de douleurs articulaires ni musculaires. Sur le tronc érythème punctiforme. Temp. : 38°.

10 mars. — Eruption de purpura généralisé.

Poussée abdominale douloureuse. La palpation du ventre provoque de la souffrance partout, un peu plus à droite.

11 mars. — La palpation de la fosse iliaque droite est douloureuse. On constate le maximum au point de Mac Burney. Il y a une légère résistance de la paroi. *Il semble qu'un élément appendiculaire se soit ajouté à la douleur rattachée au purpura.*

12 mars. — On cesse le chlorure de calcium que l'on donnait à la dose de 2 grammes. Bain à 38°. Albuminurie : 11 grammes. Urines : 2 litres.

14 mars. — Les douleurs articulaires sont plus marquées et il y a une éruption nouvelle de purpura plus confluyente que les jours précédents. Mais le ventre n'est plus ni ballonné ni douloureux. *La fosse iliaque droite est absolument libre.*

15 mars. - Le ventre est de nouveau un peu douloureux à la partie supérieure de la fosse iliaque droite. Pas de point de Mac Burney net.

Le foie semble un peu douloureux.

Légères ecchymoses des paupières supérieures.

17 mars. — Poussée de purpura.

Diarrhée non sanglante.

18 mars. — Douleur abdominale généralisée avec maximum dans les hypochondres droit et gauche. Urines abondantes contenant toujours du sang. Nouveau purpura des avant-bras simultané et symétrique.

Sirop de chloral. Lavements d'un litre à 46°.

19 mars. — Diarrhée très abondante non sanglante. Les douleurs abdominales sont devenues très vives ; elles prédominent dans la fosse iliaque gauche. Les bruits du cœur sont moins sourds qu'il y a quelques jours.

21 mars. — Etat général meilleur. Aucune douleur. Urines abondantes encore sanglantes.

Le soir poussée de fièvre à 39°6.

22 mars. — Nouvelle éruption de purpura sur la verge. Pas de douleurs, bon état général.

23 mars. — L'éruption pénienne provoque de vives démangeaisons. Bon état général, le malade peut dormir la nuit. Chlorure de calcium 2 gr. pendant cinq jours.

25 mars. — Albumine : 8 gr.

31 mars. — Nouvelle éruption purpurique apparaissant aux membres inférieurs. Myalgie très vive. Urines toujours sanglantes. Soir, temp.: 38°.

4 avril. — Tous les soirs 38° depuis quelques jours. Le purpura a disparu. Les urines ne sont plus sanglantes, mais contiennent toujours de l'albumine.

8 avril. — Plus de fièvre le soir,

Albumine : 5 gr. Facies un peu bouffi.

10 avril. — Bon état général. Urines encore sanguinolentes. OEdème des malléoles.

Pendant 6 jours :

Sulfate de soude	5 gr.
Poudre de foie de porc	5 »

18 avril. — Urines toujours hématuriques.

Régime déchloruré.

21 avril. — Pendant la nuit, vomissements alimentaires, puis vécidates répétés.

Douleur dans le genou gauche.

Albuminurie a diminué, mais peu d'urine : 400 gr.

Théobromine : 4 gr.

16 mai. — Encore une éruption de purpura aux membres inférieurs. Le ventre est indolent, mais un peu ballonné. Selles normales. Très peu d'œdème des membres inférieurs. Continuation du régime déchloruré.

20 mai. — Le malade s'étant un peu levé, nouvelle poussée de purpura. On tient l'enfant au lit.

Toujours de l'albumine : 4 gr.

Chlorure de calcium : 2 gr.

Pendant le mois de juin, l'enfant malgré l'administration de rein de porc, du lactate de strontium (0,50) conserve toujours de l'albumine dans ses urines, variant de 2 à 10 grammes.

Le 24 juin, il a encore une éruption de taches purpuriques aux pieds. Il ne présente plus de troubles gastro-intestinaux.

Amélioré, mais conservant encore 2 à 4 gr. d'albumine, il sort sur demande des parents le 10 juillet, plus de quatre mois après le début de l'affection.

Observation VII (inédite), du service de M. Guinon. — Com... Louise, 14 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort tuberculeux.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole, la scarlatine.

Malade depuis quinze jours elle souffrait de la tête et du ventre. Depuis huit jours elle a une éruption. Elle a présenté de l'œdème de la jambe et du bras droits. Elle a eu de la diarrhée, mais pas de vomissements.

Le 5 avril 1904, la malade se plaint un peu moins de son ventre, mais son mal de tête a augmenté. L'œdème des membres a disparu ainsi que la diarrhée.

Les paupières supérieures et inférieures sont œdématisées au point d'empêcher l'enfant d'ouvrir les yeux. La langue est saburrale, le ventre est un peu rétracté.

Sur les jambes et les bras on remarque sans localisation spéciale une éruption de petites taches purpuriques grosses comme la tête d'une épingle. Les avant-bras en sont couverts. La rate est appréciable et semble douloureuse. L'enfant ne tousse pas ; dans les poumons, il n'y a rien d'anormal, ni du côté du cœur. Rien à noter non plus dans les autres organes. Urines : coloration normale, pas d'albumine. Le pouls est régulier à 120. La température à 38° le matin est à 39° le soir. Chlorure de calcium : 4 gr. 50.

16 avril. — La région rénale est très douloureuse. Il y a une épistaxis. La température qui le matin était de 38°6 tombe brusquement le soir à 36°.

17 avril. — Température 36°4. L'enfant se plaint du ventre. Elle a eu

trois selles sanguinolentes. Ce matin, elle a vomi deux fois : vomissements alimentaires.

Les paupières sont moins enflées et l'enfant peut un peu ouvrir les yeux.

18 avril. — Temp. 37°5 le matin, le soir 38°7. Il y a des douleurs diffuses du ventre qui paraît un peu ballonné. L'enfant se plaint aussi de douleurs dans les coudes. Il y a une nouvelle poussée de taches purpuriques sur tout le corps, mais surtout sur les membres. Les selles presque normales ne contiennent plus de sang. Il n'y a plus de vomissements depuis hier. La quantité des urines ne dépasse pas 250 gr. par 24 heures. Traces d'albumine.

L'enfant ouvre les yeux facilement ; les paupières sont beaucoup moins enflées. Chlorure de calcium et foie de porc.

19 avril. — L'enfant se plaint de douleurs de tête, mais le ventre est beaucoup moins douloureux et beaucoup plus palpable. Les articulations des coudes sont douloureuses, de même que les muscles de l'avant-bras. L'enfant a eu trois selles un peu diarrhéiques, mais ne contenant pas de sang.

Urines : 300 gr. en 24 heures.

Plus d'œdème des paupières.

20 avril. — L'enfant se plaint de nouveau du ventre. Quand on la découvre, elle se met à pleurer de peur qu'on ne la touche. Elle a eu trois selles sanglantes, deux vomissements. Urines toujours peu abondantes.

21 avril. — L'enfant a eu une syncope l'après-midi. Refroidissement des extrémités et pouls imperceptible, sans doute par suite d'une forte hémorragie intestinale qui est apparue dans la suite en même temps que des paroxysmes douloureux abdominaux. Le lendemain matin, on s'aperçoit que l'enfant a fait une nouvelle poussée de purpura, sur les fesses et les avant-bras. Quelques vomissements.

22 avril. — Etat général meilleur. L'enfant ne se plaint plus du ventre qui n'est plus du tout douloureux à la palpation. Pas de selles sanguinolentes, plus de vomissements.

23 avril. — Température 38°. L'enfant se sent beaucoup mieux et demande à manger. Coudes et épaule gauche douloureux, mais sans œdème. Les urines ont augmenté de quantité : 650 grammes.

24 avril. — Rien de particulier. Urines : 750 grammes.

25 avril. — Depuis hier soir l'enfant a été reprise de fortes douleurs de ventre, avec quatre vomissements contenant du sang. Ce matin, les douleurs sont si fortes que l'enfant pleure continuellement. En l'examinant on remarque une nouvelle poussée de purpura localisée aux fesses.

Pas de selles sanguinolentes. La quantité des urines a de nouveau beaucoup diminué : 100 grammes.

26 avril. — L'enfant ne se plaint plus du ventre qui du reste n'est plus du tout douloureux à la palpation. Pas d'autres signes gastro-intestinaux. Mais très peu d'urine. Collargol 0,05 centigrammes.

27 avril. — L'enfant demande à manger. Son état général est relativement satisfaisant.

L'urine est plus abondante : 750 grammes.

28 avril. — Température 37°2. Amélioration notable. Pas de symptômes douloureux ni autres.

29 avril. — L'état général devient brusquement mauvais. Douleurs intenses abdominales, trois vomissements. Agitation. Les yeux sont cernés, la figure est pâle, le pouls très faible : 130, régulier. Les extrémités inférieures sont froides. Pas de selles. Nouvelle poussée de purpura, surtout aux membres inférieurs. Caféine : 0,10 centigr.

30 avril. — Température normale. Les douleurs de ventre ont cessé. L'état général est relativement satisfaisant.

1^{er} mai. — Amélioration. Urine : plus d'un litre.

2 mai. — Hier soir 39°, ce matin 37°4. Douleurs dans les genoux. Selles noires (melæna) après lavement.

3 mai. — Douleurs musculaires (torticolis) dans la région gauche du cou. 39° le soir, 38° le matin.

4 mai. — Encore des douleurs intenses dans l'abdomen depuis hier soir. Impossible de palper. Trois vomissements cette nuit et ce matin.

Dans l'urine (100 grammes par 24 heures) on trouve beaucoup de cylindres hématiques et surtout hyalins et épithéliaux. Albumine : 18 grammes.

5 mai. — La malade souffre beaucoup du ventre, pleure continuellement. Elle a eu une selle sanguinolente et a vomi deux fois.

6 mai. — Douleurs dans les coudes et les genoux. Les symptômes abdominaux ont disparu. Albumine : 8 gr. Urines rouges : 300 gr.

7 mai. — Les douleurs articulaires persistent. Trois selles diarrhéiques non sanguinolentes. Pas de nouvelle poussée de purpura.

8 mai. — Les douleurs articulaires diminuent. La fièvre tombe de 39° à la normale pour ne plus se relever.

L'amélioration est progressive. Les troubles gastro-intestinaux ne reparaissent plus. L'enfant sort en bon état le 29 mai, mais conservant encore un peu d'albumine (1 gr.).

Observation VIII (MM. Netter et Poiset) (1), résumée, sauf pour ce qui est des douleurs abdominales. — Th. Pierre, 14 ans.

Entré salle Bergeron n° 4, le 25 février 1907 pour douleurs rhumatismales et purpura.

Bonne santé habituelle. Il aurait eu il y a deux ans une enflure du cuir chevelu qui aurait disparu en quelques jours sans traitement.

Il y a un an hydarthrose du genou gauche guérie en quinze jours.

Il y a un mois, s'est blessé au genou gauche ; la plaie actuellement recouverte d'une croûte a un peu suppuré ; des trainées rougeâtres, douloureuses sont apparues à la cuisse gauche et une petite glande dans l'aîne.

Il y a quinze jours, il éprouve brusquement une douleur vive dans le mollet droit qui les jours suivant devint rouge et violacé.

Il y a huit jours, douleurs dans les pieds et les genoux.

Il y a trois jours, apparition de taches purpuriques sur les membres inférieurs et le bras droit. Pas de douleurs abdominales.

Actuellement, le malade souffre peu. Articulations des coudes de pied et des genoux un peu sensibles. Trainées et plaques rosées sur le membre inférieur droit, surtout au mollet, douloureuses à la pression, sans ganglions popitès ni inguinaux.

Sur le cuir chevelu et le front, tuméfaction œdémateuse qui aurait apparu la veille. Nettement limitée, saillante de 1 cm. 1/2 au-dessus des parties saines, avec une peau de couleur normale. La pression y détermine de la douleur et un godet très net.

Sur les membres inférieurs, quelques macules purpuriques discrètes, surtout au niveau de la partie inférieure des jambes. Au-dessus du coude droit, un bouquet de papules hémorragiques.

Pas de signes viscéraux, pas de vomissements, un peu de constipation. Rien dans les urines. Température : 38°4.

26 février. — La tuméfaction œdémateuse s'est déplacée dans les régions voisines. Sur le front la peau est luisante, légèrement rosée, les paupières boursoufflées, on a l'aspect de l'érysipèle blanc. Chlorure de calcium : 3 gr. et salicylate de méthyle.

27 février — OEdème considérable des yeux.

OEdème rosé et douloureux au niveau de l'injection préventive de sérum.

(1) Cette observation recueillie par mon excellent ami et collègue Poiset est reproduite avec la bienveillante autorisation de M. le professeur agrégé Netter.

Au niveau du coude gauche, tuméfaction du volume d'un œuf de poule, très bien limitée, rosée, très douloureuse.

Sur l'avant-bras droit, plaque d'œdème rosé et douloureux.

Les papules et macules purpuriques sont en voie de disparition aux membres inférieurs. Un bouquet de papules hémorragiques est apparu au-dessus du coude gauche. Température du soir : 38°6.

On prescrit chlorure de calcium : 4 gr.

Applications locales de pommade au collargol.

Ex. du sang. Leucocytose considérable. 90.000 globules blancs Polynucléaires 82 0/0.

28 février. — Malade souffre moins, œdème de la face diminue. L'œdème du coude gauche est plus étendu. Il y a aussi de l'œdème de la main droite. Le purpura a disparu aux membres inférieurs. Des poussées nouvelles sont apparues dans la région de la fesse droite, sur le bras droit, à l'aisselle droite et sur la paroi latérale droite du thorax, dans la région deltoïdienne gauche. Ce purpura est surtout papuleux : les papules dont les dimensions varient de celles d'un grain de mil à celle d'une pièce de cinquante centimes sont d'emblée hémorragiques, mais elles reposent sur une base blanchâtre, œdémateuse, résistante qui disparaît en 24 ou 36 heures. C'est l'aspect du purpura urticans.

Pas d'hémorragies viscérales. Température du soir : 38°5.

On prescrit chlorure de calcium et salicylate de soude (3 gr.).

2 mars. — Nouveaux éléments purpuriques à la fesse droite et au bras droit; pas de manifestations viscérales.

3 mars. — Les œdèmes locaux ont beaucoup diminué.

4 mars. — Etat général très satisfaisant

5 mars. — Une nouvelle poussée papuleuse de purpura se produit sur la face postéro-externe du bras droit. Dans l'après-midi, douleurs abdominales.

6 mars. — Douleurs dans les poignets, les coudes, les fléchisseurs de l'avant-bras, les muscles des cuisses. Purpura urticans sur l'épaule droite et sur le coude gauche.

L'examen du sang donne encore 40.000 globules blancs. Polynucléaires 72 0/0.

Les douleurs abdominales persistent, diffuses, non exagérées par la pression.

7 mars. — Douleurs abdominales violentes, ayant leur maximum dans la région épigastrique. Elles arrachent des cris au malade, mais ne paraissent pas exagérées par la pression. Presque constantes, avec de temps à autre un paroxysme.

Le malade a eu pendant la nuit un vomissement. Il est constipé, n'a pas de selles sanglantes. Il a des douleurs assez vives dans la région lombaire, surtout à droite.

L'abdomen est assez souple, non météorisé.

Les facies et l'état général sont bons. Pouls à 100, régulier. Température 37°4. Compresses chaudes sur l'abdomen.

L'après-midi les douleurs sont tellement violentes qu'on est obligé de faire une injection de morphine de 1-2 centigramme. Elle calme complètement le malade.

Pas de ligne blanche de Sergent.

Nouvelle poussée d'érythème ortié et purpurique au niveau des deux pieds. Douleurs articulaires dans les deux genoux. Persistance des douleurs de l'avant-bras droit qui reste demi fléchi sur le bras, impossibilité d'extension.

8 mars. — Les douleurs abdominales sont vives. Au niveau de la fosse lombaire droite, la palpation un peu brusque arrache des cris au malade. Nouvelle poussée de papules purpuriques sur la fosse et le flanc droit. Œdème rosé, douloureux au niveau de la piqure de morphine.

Epididyme gauche tuméfié, douloureux, avec un peu de liquide dans la vaginale.

On prescrit :

Salicylate de Na, 6 gr.

Lactate de strontium, 3 gr.

Extrait thébaïque : 2 pilules de 0,01 cgr.

Suppression du calcium.

9 mars. — Les douleurs abdominales calmées provisoirement par l'opium ont reparu dans la nuit. Toujours aussi violentes, le malade se plaint presque constamment, porte les mains au niveau de l'épigastre, de l'ombilic, s'agite dans son lit, pousse des cris et pleure au moment des paroxysmes. La pression n'augmente pas les douleurs. Pas de vomissements. Constipation. L'abdomen est légèrement ballonné, avec défense de la paroi.

La fosse lombaire droite reste douloureuse.

Le malade accuse aussi des douleurs précordiales : rien à l'auscultation.

Unines : 4 litre, un peu foncées, pas de sang, pas d'albumine.

En certains points le purpura est en voie de disparition : aux pieds, au bras droit, on trouve au niveau des papules purpuriques des érosions, des croûtelles, des macules pigmentées. Sur les épaules persistent des plaques saillantes, hémorragiques résultant de la confluence de plusieurs papules initiales.

Il y a une poussée nouvelle de purpura sur le flanc droit et sur le côté droit du thorax : papules hémorragiques petites, très nombreuses, de couleur vineuse, groupées sans ordre. Ça et là traînées hémorragiques et

vibices. Une grosse papule urticante, avec centre hémorragique et varicosités est apparue au niveau du triangle de Scarpa gauche (dimensions d'une pièce de cinquante centimes). Sur le côté droit du cou, léger piqueté hémorragique. Pouls : dur, régulier à 96. Tension élevée : 22.

On continue :

Salicylate de Na, 6 gr.

Lactate de strontium, 3 gr.

10 mars. — Le malade souffre moins du ventre. Il a pu dormir un peu. Même état articulaire. Purpura comme la veille.

Examen du sang : 22.800 globules blancs.

Coagulation rapide.

Pas de redissolution secondaire du caillot.

Culture du sang négative.

11 mars. — Le malade ne souffre plus.

La constipation persiste.

Il y a encore des poussées nouvelles de purpura.

Arthrite du poignet droit continue.

Les œdèmes ont disparu.

12 mars. — La constipation continue.

Le malade se trouve mieux.

13 mars. — Le malade recommence à souffrir du ventre. Il n'a pu dormir.

14 mars. — Les douleurs abdominales augmentent. Douleur dans l'articulation du coude droit.

Nouveaux éléments purpuriques en divers points. Plaque ecchymotique sur la lèvre inférieure et petites macules hémorragiques au niveau de l'orifice nasal.

15 mars. — Reérudescence des douleurs abdominales coïncidant avec une nouvelle poussée de purpura sur les genoux, les fesses, etc.

Légères épistaxis.

Deux pilules de 0,01 cg. d'extrait thébaïque.

16 mars. — Pas de modifications dans les douleurs, ni dans l'état général.

Trois selles contenant du sang rouge en assez grande abondance. Encore une nouvelle poussée purpurique. A 14 heures, les douleurs abdominales augmentent. Dans la nuit, crise violente de douleurs abdominales qui nécessite une piqûre de morphine. Agitation extrême, cris, le malade veut casser les carreaux.

L'abdomen est légèrement distendu, mais surtout très contracturé : il donne l'impression du ventre de bois. La morphine le calme. Examen du sang : 40.000 g. b.

17 mars. — Selles sanglantes.

Quelques nouveaux éléments purpuriques sur la face externe du bras droit. Les autres éléments sont en voie de disparition.

Sorti dans l'après-midi du 17 sur la demande des parents. Il s'habille seul sans se plaindre et marche facilement.

Observation IX (Willan). -- Femme âgée de 36 ans. *Le 17 juin 1792*, après avoir souffert quelques jours d'une douloureuse dilatation d'estomac, elle fut prise subitement de violents et presque continuels vomissements, accompagnés d'une douleur atroce dans le ventre et d'une diarrhée profuse mêlée d'un sang noir coagulé. Les symptômes aboutirent au collapsus, avec faiblesse, abattement, sueurs, lenteur du pouls dans la nuit du 25 juin, quand apparut une éruption consistant en petites taches confluentes sur le cou, les épaules et les fesses, discrètes en d'autres points.

Le 27 juin, l'éruption était d'une teinte livide; les mains enflèrent, mais la douleur intense et les hémorragies intestinales cessèrent.

Le 29 et le 30, il y eut de fortes douleurs dans les membres, particulièrement dans les genoux, mais elle était mieux au point de vue moral.

Le 1^{er} et le 2 juillet, elle eut des nausées, de l'insomnie; elle était fatiguée, mais ne présenta pas de troubles intestinaux. La langue était brune et pâteuse et il y eut de fortes douleurs dans les poignets. Le purpura commença à s'effacer le 3 juillet et le 4 des taches violacées étaient bornées aux bras seulement, et la patiente était capable de s'asseoir dans son lit. Deux taches du dos de la main gauche se terminèrent par une ulcération gangréneuse. La maladie se continua par un gonflement oedémateux des cuisses et des mains qui ne cessa pas avant la fin d'août. Pendant ce temps, elle resta faible et nerveuse.

Observation X (Rendu, *Annales de dermatologie*, 1874-75), résumée. — Agathe S..., âgée de 24 ans, entre à l'hôpital le 5 mai 1873. Bonne santé habituelle, mais tempérament nerveux accentué. Depuis deux semaines, malaise, fatigue, inappétence. Le lendemain de l'accouchement laborieux d'une de ses parentes qui l'avait fort impressionnée, survint une éruption de plaques d'urticaire sur les cuisses, très prurigineuses. Le jour suivant, oedème des deux jambes et purpura des membres inférieurs. Le soir, purpura des membres supérieurs. Purpura disposé symétriquement sur les membres, forme papuleuse urticarienne. Oedème formant des grandes plaques douloureuses, circonscrites, hyperesthésiées et hyperalgésiées, se développant en quelques instants. Ainsi, pendant l'examen, une plaque de ce genre se développe au niveau

de l'articulation du pouce sur les deux mains. Quelques tiraillements d'estomac, sauf cela bon état général.

6 mai. — Le soir, nouvelle poussée d'œdème de la main droite, du mollet droit

7 mai. — Pendant la nuit, la malade a été prise de vomissements bilieux, avec douleurs épigastriques violentes, irradiations abdominales, état nerveux prononcé. Quant au purpura, loin de s'accroître davantage, il pâlit et l'œdème des membres a disparu.

Ces troubles viscéraux durent pendant deux jours : la douleur reste localisée à l'hypochondre avec irradiations ombilicales et scapulaires qui font un instant penser à des coliques hépatiques ; mais les urines ne renferment pas trace de pigment biliaire, les conjonctives et la peau n'ont pas la moindre coloration ictérique (injections hypodermiques de morphine, purgatif, eau de Vichy).

11 mai. — Les douleurs ont disparu, il ne reste plus qu'un peu d'endolorissement. Les vomissements ont également cessé, le purpura est réduit à l'état de macules d'un jaune verdâtre.

Mais le lendemain, sans cause connue, de nouvelles coliques surviennent, s'accompagnant encore de vomissements bilieux, et simultanément une poussée de taches purpuriques se montrent aux membres inférieurs et sur l'abdomen.

14 mai. — Cessation des troubles viscéraux. Quelques taches nouvelles apparaissent sur les pieds.

15 mai. — Continuation de l'éruption sur les jambes, les cuisses, les seins, les bras.

17 mai. — Avec de l'érythème papuleux au niveau des coudes, reparaissent les symptômes viscéraux, coliques, jactitations, vomissements, sans ictère. Ils persistent pendant cinq jours et ne sont nullement amendés par l'application d'un vésicatoire morphiné sur l'épigastre. Pendant cette période, il ne se fait pas une seule tache de purpura et les anciennes pâlisent.

23 mai. — Il ne reste plus, en fait de symptômes viscéraux, que des éructations assez fréquentes, mais peu douloureuses. A cette date, petite poussée de purpura des pieds et léger œdème.

27 mai. — Dernière poussée sur les cuisses.

6 juin. — La malade sort guérie.

Observation XI (Couty), résumée. — G... Charles, 13 ans, enfant de troupe, entre le 20 mars 1876 au Val-de-Grâce. Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladies antérieures.

Etat général bon, appétit conservé, pas de fièvre (36°8), pas de céphalalgie, pas de troubles viscéraux. On constate du purpura assez abon-

dant, formé de taches de 5 à 15 mill. de diamètre, borné aux membres inférieurs et supérieurs.

Cette éruption de purpura s'est faite la veille, sans prodromes, sans aucun autre trouble.

21 et 22 mars. — Rien à noter, le malade mange et se promène.

Le soir du 22. l'enfant est pris brusquement de coliques violentes qui empêchent le sommeil.

Pas d'évacuation alvine, pas de vomissements.

Le 23, plus de coliques.

Le 24 et le 25, état général très bon.

Dans la nuit du 25, nouvelle poussée de purpura.

Le 26, outre ces taches on constate un œdème périmalléolaire mal limité, peu rouge, qui persista quatre ou cinq jours, rendant les mouvements des pieds douloureux. Le soir, nouvelles coliques assez violentes et quelques vomissements verdâtres.

Le 28 mars. — Taches nouvelles, bon état général.

Le 4 avril. On croyait l'enfant guéri. Quatrième éruption considérable de purpura.

Le 8, coliques très violentes durant toute la journée ; vomissements répétés. La nuit, sommeil.

Le 9, encore une éruption de purpura. Pas de température.

Le 12, nouvelle éruption de purpura. Poignets enflés et douloureux.

Dans la nuit du *13 avril,* coliques violentes et vomissements verdâtres qui persistent le 14 au matin. Le ventre est très rétracté, douloureux à la pression légère ou profonde. Il y a eu une seule selle, solide, normale. Pouls : 76. Température : 37.

Le 15, les coliques persistent. Ventre toujours rétracté, mais soulagé par une large pression.

Le 16, plus de coliques. Inappétence.

Le 17, deux selles glaireuses, jaunâtres, mêlées de 30 à 40 grammes de sang très rouge.

Le 18, coliques violentes accompagnées de vomissements ; deux selles demi-solides, très noires, mélaniques.

Le 20 au matin, meilleur état. Le soir, coliques et vomissements. Dans la nuit légère éruption de purpura sur les bras.

Le 21, pas d'accidents.

Le 22, coliques violentes et vomissements, œdème léger, indolore des paupières.

Le 24 et 25, plus de coliques.

Le 26, coliques et vomissements abondants.

Le 27, coliques persistantes.

Du 28 avril au 5 mai, bon état, un peu de constipation. Cependant trois poussées successives de purpura.

Le 5 mai, coliques violentes, vomissements bilieux.

Le 9, légères coliques.

Le 10, éruption très peu abondante.

Le 11, le malade se promenait quand il est pris subitement à 3 heures du soir de coliques atrocement douloureuses. Je pus l'observer à 3 h. 3/4 et je constate une éruption de taches très nombreuses, rouge vif, légèrement saillantes, siégeant sur tout le corps et principalement au niveau des articulations. Les coliques excessives arrachent des cris au malade qui est replié sur lui-même, couché sur le côté, le facies étiré, presque abdominal. Le ventre est rétracté surtout vers l'épigastre. La face est pâle, les extrémités froides et l'aisselle à 36°6. Le pouls est ralenti, 50 à 60, et surtout très irrégulier.

Une heure après même état ; le ventre est devenu douloureux à la pression ; l'éruption n'a pas augmenté ; les coliques accompagnées de vomissements persistent plusieurs heures.

Le 12, plus de coliques. Les taches devenues violettes ne sont plus saillantes.

Le 18, après s'être levé, l'enfant a encore une éruption sur les jambes.

Le 20, coliques et vomissements.

Le 21, nouvelle éruption peu abondante.

Le 26, éruption bornée aux membres inférieurs.

Le 28, éruption peu considérable, léger œdème indolore des mal-léoles.

Le 4 juin, éruption légère.

Le 8, les taches ont disparu presque complètement.

L'état général de l'enfant qui avait été un peu modifié, surtout en mai, par suite des coliques et des vomissements, est redevenu très bon. Il n'y a du reste jamais eu, même à l'époque où la persistance des accidents intestinaux a fait craindre une terminaison fatale, *ni diarrhée*, ni troubles intestinaux graves ; jamais de troubles nerveux, de céphalalgie.

Le 11, dernière éruption sur les jambes.

Part en convalescence en aussi bon état qu'à son arrivée, *le 23 juin*.

Observation XII (Faisans), résumée. — D... René, 36 ans, journalier, entre le 15 juin 1880, à l'hôpital Necker.

Pas de maladies antérieures.

Antécédents héréditaires nuls.

La maladie a débuté *le 20 juin*. Ce jour-là douleur du genou droit.

Le lendemain, le genou gauche était atteint à son tour. Le surlendemain, les articulations tibio-tarsiennes étaient douloureuses. Les articulations en question sont rouges, gonflées et chaudes. Dès le premier jour les deux jambes étaient couvertes au niveau des mollets de petites taches de couleur lie de vin. Ces taches disparurent peu à peu, mais au bout d'une semaine, il en survint de nouvelles sur les fesses, les cuisses et les jambes.

Etat actuel (16 juin). Douleurs des coudes et des poignets. Articulations des membres inférieurs encore tuméfiées et douloureuses.

Purpura généralisé, mais cependant pas sur le thorax, ni la face. Surtout abondant sur les membres inférieurs, il y affecte une symétrie parfaite sur les fesses, la région postéro-externe des cuisses, les mollets, la région malléolaire externe, le dos des pieds.

Quelques pétéchies sur la région lombaire, le ventre, le pénis, le scrotum.

Taches symétriques sur les deux coudes, le dos des deux mains.

Etat général assez satisfaisant. 38° de température. Langue saburrale, pas d'appétit.

Selles normales, ventre souple, point douloureux.

17 juin. — Douleurs plus vives des deux coudes, douleurs des épaules au niveau desquelles ont apparu quelques taches symétriques de purpura.

18 juin. — Toujours des douleurs articulaires. Quelques taches symétriques sur la face, au-dessus et au-dessous des orbites.

19 juin. — Troisième groupe symétrique dans la région du trou mentonnier.

La nuit dernière, le malade a été pris tout d'un coup de douleurs abdominales assez intenses et a eu plusieurs garde-robes composées de matières glaireuses mélangées de sang. Ce sang est rouge et provient des dernières portions de l'intestin. Ce matin, le ventre est douloureux à la pression, principalement au niveau de l'S iliaque.

L'état général est devenu grave. Le facies est pâle, la langue épaisse, fuligineuse ; les gencives sont tuméfiées, violacées et saignent légèrement au niveau de leur bord libre. Nouvelles épistaxis.

Le 20. — Vomissements glaireux et bilieux accompagnés de vives douleurs épigastriques. Le malade est affaibli. Sur les fesses et au niveau des grands trochanters, trois ou quatre petites eschares peu profondes paraissant siéger sur des pétéchies.

Le 21. — Les coliques ont diminué. Les garde-robes moins fréquentes, contiennent encore un peu de sang mélangé à des matières glaireuses. Le ventre est peu sensible à la pression.

22 juin. — Nodosités purpuriques du front, Nouvelles taches autour

des articulations scapulo-humérales qui sont redevenues douloureuses.

23 juin. — Meilleur état. Les douleurs articulaires ont presque entièrement disparu, sauf celles des épaules.

24. — Nouvelle poussée sur les cuisses. Etat général loin d'être satisfaisant. Langue sèche et couverte de fuliginosités. Gencives boursoufflées et ulcérées. Sur la langue et la face interne des lèvres, on voit des ulcérations assez grandes, opalines, ressemblant à des plaques muqueuses.

25 juin. — Ecchymose conjonctivale de l'œil droit. Même état de la bouche. Selles encore un peu sanguinolentes

26. — Selles normales.

1^{er} juillet. — L'état général s'améliore d'une façon sensible, mais tuméfaction douloureuse et rouge de la région parotidienne gauche.

10 juillet. — Incision de la parotidite qui a progressé par M. Campe-non. Il sort un peu de pus.

16 juillet. — Deuxième incision et drainage.

20 juillet. — Amélioration progressive. Le malade a retrouvé son appétit. Ses forces reviennent rapidement. Il n'a plus de douleurs articulaires ni de poussées éruptives. Actuellement, en découvrant le malade, on voit encore la trace de toutes les pétéchies qui se sont développées dans le cours de la maladie.

Observation XIII (Binet, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1886), résumé d'après la thèse de Calmels. — M^{me} X., âgée de 45 ans, a généralement joui d'une bonne santé. La ménopause s'est faite il y a quelques mois.

25 décembre. — Survient rapidement un œdème considérable de la main droite. Le lendemain, il disparaît, mais la main gauche et le pied gauche enflent à leur tour avec quelques douleurs rhumatoïdes. En même temps purpura des jambes et des poignets. Le soir, point épigastrique violent.

27. — Œdème volumineux de la paupière droite, œdème et arthralgie du coude gauche. Le soir, retour des crises gastralgiques, beaucoup plus violentes que celles de la veille, avec vomissements bilieux. Vive sensibilité de l'épigastre qui est météorisé. Selles diarrhéiques, noires, fétides.

28. — Le purpura s'efface. Le soir nouvelle crise gastralgique avec vomissements bilieux.

29 décembre. — Journée calme, mais le soir, crise gastro-intestinale très intense avec vomissements bilieux, ténisme rectal, coliques suivies de selles diarrhéiques noires et fétides

30 décembre. — Purpura au pourtour de l'anus. Crise vespérale.

31 décembre. — Selles sanglantes.

1^{er} janvier. — De même ; un vomissement bilieux, un peu de délire.

2 janvier. — Encore une crise gastro intestinale. Selles diarrhéiques, noirâtres, fétides mais non franchement sanglantes.

3 janvier. — Après une amélioration passagère la faiblesse reparait. La diarrhée continue.

4 et 5. — Les selles se répètent, calmant chaque fois les douleurs abdominales toujours plus marquées le soir.

6. — OEdème et arthralgie de la main droite avec purpura aux mains et aux fesses. Le soir crise gastrique violente.

7. — Le matin bien-être, le soir crise gastralgique.

8. — Selle un peu hémorragique suivie de selles fétides diarrhéiques. OEdème douloureux de la joue, du pouce et de l'index gauches.

9 janvier. — Grande faiblesse, effacement des œdèmes. Les douleurs gastralgiques recommencent dans l'après-midi, deviennent plus continues et s'accompagnent d'éruptions. Le ventre est ballonné, sensible à la pression au niveau de l'épigastre.

10. — Voix éteinte, cassée, grande faiblesse. Retour des douleurs l'après-midi.

11. — Encore du purpura sur l'abdomen et les poignets, en léger pointillé. Arthralgie des poignets et des coudes. Respiration haletante, facies altéré. Urines albumineuses.

12. — Grande sensibilité du ventre à la pression. Nouvelles taches de purpura sur la face et les oreilles. Urines très albumineuses avec globules rouges et cylindres hémorragiques.

Dans l'après-midi douleurs abdominales vives, angoisse, respiration haletante. Eructations suivies de soulagement. Dans la nuit, vomissement abondant d'un liquide noirâtre, analogue à de la suie délayée. Grande prostration, pouls filiforme, hoquet. *Mort.*

Observation XIV (dans la thèse de Martin de Gimard), résumée. — Il s'agit d'un malade de 19 ans entré le 2 mars 1887 dans le service de M. Hutinel.

De bonne santé habituelle, il aurait eu depuis un an des ecchymoses des jambes spontanées. Au mois de janvier sont survenues des crampes d'estomac avec nausées se répétant avec quelquefois de la diarrhée et des vomissements jusqu'au 24 février.

24 février. — Douleurs articulaires dans les genoux, les coudes de pieds, les coudes, les poignets, avec enflure.

27 février. — Dans la nuit le malade a été pris de vomissements glaireux et bilieux qui n'ont pas cessé depuis. En même temps sont apparues des douleurs vives au niveau de l'estomac et dans le reste de l'abdomen (douleurs en forme de coliques).

28 février. — Dans l'après-midi, taches rouges de la cuisse et ecchymose de la paupière gauche. Quelques épistaxis.

Les douleurs articulaires ont diminué depuis l'apparition de ces nouveaux symptômes, mais les vomissements et les crises de douleurs abdominales et gastriques ont été en augmentant de violence. Pas de selles depuis quatre jours.

2 mars. — Entrée à l'hôpital. Taches purpuriques au niveau des articulations. Genoux un peu gonflés, poignets douloureux.

Le malade se plaint beaucoup de ses douleurs de ventre et d'estomac. Il vomit tout ce qu'il prend. Pas de garde-robes. Facies grippé. Yeux cernés bleuâtres. Abdomen rétracté.

3 mars. — Même état le lendemain matin. Le malade a vomi de la bile. M. Hutinel fait remarquer que le rhumatisme siège plutôt au niveau des gaines tendineuses que de l'articulation elle-même (pour le poignet par exemple). Rien au cœur. Rien dans la poitrine. M. Hutinel trouve une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite, accompagnée d'empâtement dans cette région, mais on sent également des matières fécales accumulées au niveau de l'os iliaque. M. Hutinel porte le diagnostic de pseudo-rumatisme infectieux avec purpura. Pour expliquer les phénomènes abdominaux il pense à une typhlite.

4 mars. — Dans la nuit des douleurs abdominales ont continué avec une grande violence. Le malade a rendu deux ou trois cuvettes pleines de bile. Les vomissements se font avec un certain effort et sont pénibles. Hier le malade a eu un lavement purgatif ; il a rendu quelques matières fécales, mais en petite quantité. Le facies abdominal existe à un haut degré. Les traits sont tirés, les yeux sont excavés et entourés d'un cercle bleuâtre. Il rappelle le facies cholérique. Le pouls est très petit : 110. Le soir, le malade est plus calme, il s'assoupit un peu et souffre moins du ventre. Le malade a une soif très vive. En dehors des vomissements il a peu de douleurs spontanées du ventre, mais à chaque vomissement, à chaque effort, il ressent des douleurs sous forme de coliques, occupant tout le ventre, plus accentuées au creux épigastrique. Il vomit tout ce qu'il prend. Les vomissements sont surtout bilieux. Pas de garde-robes aujourd'hui. Le ventre est rétracté, excavé ; les muscles grands droits sont contractés et forment deux cordes tendues de chaque côté de la ligne médiane. La palpation n'est plus guère douloureuse que dans la région épigastrique, surtout du côté droit. On sent dans la fosse iliaque droite du gargouillement, mais la douleur y est moins vive que la veille. Foie : rien. Rate un peu grosse. Cœur et poumons : rien.

Purpura des cuisses, de la verge, des coudes, des fesses. Anciennes taches jaunes couleur de rouille.

Au niveau d'une piqûre de morphine, gonflement douloureux et ecchymotique.

5 mars. — Nouveaux vomissements. Selles rougeâtres par lavement, paraissant contenir du sang. Ventre moins rétracté.

6 mars. — Vomissements moins fréquents. Douleurs du genou et du coude gauches.

7 mars. — Pas de vomissements. Trois selles.

Les jours suivants, disparitions des phénomènes gastro-intestinaux. On avait même commencé l'alimentation quand dans la journée du 16 mars le malade a été repris de vomissements bilieux : apparition de trois ou quatre taches purpuriques. Puis les accidents cessèrent et la convalescence définitive commença.

Observation XV (Laing Gordon), *A rare form of purpura*. — Enfant âgé de 14 ans, très nerveux.

Il est pris le 27 février de douleurs dans les membres et d'un rash sur les jambes. Ces symptômes disparaissent le matin, puis reparaissent plus violents le soir. Douleurs dans les genoux, les coudes, les poignets, sans gonflement. Température normale. Pouls : 78. Taches anciennes et nouvelles sur les surfaces d'extension des articulations des jambes et des bras. Diagnostic de purpura rhumatismal.

1^{er} mars. — Coliques, hémorragie intestinale d'une pinte de sang (un demi-litre).

2 mars. — Urticaire sur chaque cou de pied. OEdème énorme du dos des pieds.

3 mars. — Disparu aux pieds, il existe sur les coudes et les poignets. Coliques reparaissent. Tout le ventre est douloureux, vomissements bilieux répétés. Subitement le même jour oedème énorme des régions temporales, de la dimension d'une orange.

Le lendemain, plus de traces, sauf une douleur de la région.

A partir de cette date, non pas de jour en jour, mais d'heure en heure, les symptômes varient, défiant toute description. En l'espace de 24 heures, des oedèmes douloureux apparaissent et disparaissent, une douzaine d'articulations est prise successivement et rapidement, la surface du corps est un véritable « atlas de maladies cutanées » (atlas of skin diseases) : érythème, purpura, urticaire, érythème polymorphe (erythema exsudativum multiforme) dans toutes ses variétés, macules, papules, nodules, etc., sans ordre de siège ni de succession.

Le 4 mars. — Coliques.

Le 5 mars. — OEdème des paupières le matin ; coliques, vomissements, arthralgies le soir ; oedème subit des joues, érythème nouveau et purpura des jambes.

Le 6 mars. — L'œdème des joues est passé au front; les fesses sont couvertes d'érythème papuleux.

Le 10 mars. — Violentes douleurs de ventre, vomissements mettant le malade dans un collapsus alarmant pendant quelques heures. Puis les coliques disparaissent et un abondant purpura apparaît sur la face et les coudes.

Pendant plusieurs jours, avec répit peu nets, les symptômes apparaissent et disparaissent successivement : coliques, œdème, douleurs articulaires, purpura, etc. Puis des accès de fièvre, avec pouls rapide, d'abord sans cause nette semblent devoir être rapportés le 29 mars à une endocardite car il y a un léger souffle systolique pour la première fois à cette date. Alors la complication cardiaque devient le principal souci, car les autres symptômes (à part une éruption de purpura chaque nuit, et cela durant plusieurs semaines) ont disparu.

Le souffle diminue peu à peu, donnant l'espoir qu'il finira peut-être par disparaître complètement. 90 jours après le début de la maladie, il eut encore une poussée de purpura importante, et de petites éruptions n'étaient pas rares encore cinq mois après le début.

Une légère chorée retarda encore la convalescence. Il n'y a pas eu d'albuminurie, mais de l'oligurie pendant les premières semaines.

Observation XVI (N. Longley), *British Med. Journ.*, 14 avril 1906.

— La malade était une délicate fillette de onze ans qui avait souffert de lésions tuberculeuses vertébrales, de la hanche et du poignet pendant plusieurs années. Dix jours après avoir été mouillée par la pluie, elle fut atteinte d'une éruption de purpura étendu, mais surtout marqué aux jambes. Elle se plaignait de fortes douleurs dans les jointures qui étaient légèrement œdématisées. Sa température avait subi une légère ascension. Elle resta chez elle au lit. Deux jours plus tard, elle dit ne plus ressentir aucune douleur; elle paraissait être dans son état habituel. L'éruption avait presque complètement disparu, laissant quelques taches jaunâtres,

Mais au sixième jour, elle se plaignit d'une douleur abdominale et commença à vomir tout ce qu'on lui donnait par la bouche. En une douzaine d'heures, son état paraît des plus graves. Les traits sont tirés, les yeux excavés, le facies anxieux. La douleur est telle qu'elle arrache des cris à la patiente, pourtant habituée à souffrir presque pendant toute sa courte vie. La température est au-dessous de la normale. Le pouls est presque imperceptible au poignet, très rapide et petit. La langue est propre et humide. La constipation est absolue. Le ventre est fortement rétracté, presque rigide et extrêmement sensible en tous ses points. *Les symptômes étaient d'une telle gravité qu'ils faisaient penser à la perforation, mais la matité du foie persistait.*

Des fomentations à la belladone et à l'opium furent ordonnées, mais ne donnèrent que bien peu de soulagement. Une mixture opiacée donnée par la bouche fut immédiatement rejetée.

Un suppositoire de la morphine fut gardé et calma un peu la douleur. L'enfant dormit une heure et demie. Plus tard dans la journée les vomissements recommencèrent et de volumineux caillots de sang furent rendus en même temps. *On nota une odeur fécale.* Pas de néphrite, l'urine ne contenait ni sang ni albumine.

Elle commença alors à pouvoir prendre du lait et de l'eau gazeuse; on lui donna une mixture de bismuth et de chlorodyne. Un grand soulagement succéda à la médication, et cela après trente-six heures de crise. La convalescence fut rapide. Après un intervalle d'environ une semaine, de nouvelles taches apparurent sur les jambes et les cuisses. Comme celles-ci s'effaçaient, les douleurs abdominales reparurent, mais moins fortes que la première fois.

Trois semaines après la grande crise, la malade en eut une seconde, qui commença par de la douleur et de l'œdème du poignet gauche. Il y eut une éruption papuleuse sur le coude droit. Ces symptômes disparurent en vingt heures et une violente gastralgie avec vomissements survint. La malade vomit de nouveau du sang, son estomac ne pouvait rien supporter. A ce moment on découvrit que les urines étaient sanglantes. Les douleurs étaient telles que la morphine administrée par le rectum ne donnait qu'un soulagement passager.

Après quelques heures, une légère amélioration se produisit. On administra de l'adrénaline, mélangée de liqueur arsénicale, en solution dans l'eau, quatre fois par jour. L'effet fut merveilleux; la médication arrêta les vomissements et les douleurs internes. On continua la mixture pendant trois semaines: pendant ce temps l'enfant prenait des forces, gagnait de l'appétit et engraissait. La tachycardie qui avait été un symptôme si alarmant pendant les attaques disparut en même temps, le pouls redevint normal. J'ai suivi son observation pendant six mois, et elle eut seulement il y a un mois une légère atteinte qui fut jugulée par le mélange d'adrénaline et de liqueur arsénicale.

Observation XVII (Osler), très résumée. — Enfant âgé de 11 ans.

Il est vu pour la première fois en mars 1894. Depuis un an, il a eu des crises de douleurs abdominales très violentes, survenant brusquement. Epistaxis en même temps que les crises. Jamais de douleurs de jointures. La rate est un peu grosse, pas de modifications du sang. Entre les crises, assez bon état, un peu d'anémie.

En mai 1894, pour la première fois, éruption de purpura aux coudes de pied et sur les phalanges des orteils. Ce purpura s'étend sur les jam-

bes, en même temps crise de violentes coliques qui ne s'était pas produite depuis plusieurs semaines.

Dans la suite, il présente un œdème du dos de la main, des douleurs dans les deux cous-de-pied avec gonflement, de l'urticaire et du purpura urticans.

Pendant quelques mois, il a eu de très violentes crises abdominales à diverses reprises, sans arthralgies et sans éruption. Finalement guérison après deux ans d'affection.

Observation XVIII (rapportée oralement par Le Gendre au Congrès de pédiatrie de Marseille, 1898). — Il s'agit d'un enfant de 6 ans, de famille riche.

Issu d'arthritiques nerveux, il eût de bonne heure l'appétit exclusif de la viande, et comme il était assez gâté, on l'en avait laissé manger abusivement.

Je pense que cette alimentation carnée excessive fut par le mécanisme de l'autointoxication la cause primordiale du purpura ; mais la thérapeutique se proposa bientôt de combattre cette influence autotoxique et l'enfant fut privé de viande et soumis au régime lacté exclusif, puis au régime végétarien et au jus de cresson. Rien n'y fit, le purpura bénin d'ailleurs, apyrétique, consistant en taches cutanées alternant ou coexistant avec d'atroces coliques *qui attestaient le purpura intestinal*, et s'étant accompagné une seule fois seulement d'hématurie, ce purpura dura trois ans presque sans interruption. De temps en temps seulement se produisait une accalmie de quelques jours. Tous les médicaments antihémorragiques, y compris le chlorure de calcium, furent passés en revue. L'enfant excessivement nerveux, surexcité aussi bien par les jeux que par les querelles avec ses frères et sœurs ou ses camarades, avait ses plus fortes crises de coliques le soir et la nuit qui succédaient aux journées où il avait le plus donné carrière à sa fougue naturelle, et le lendemain des crises de coliques les plus intenses éruptions cutanées.

Après un isolement, repos complet, sans jeux, et une hydrothérapie tiède sous forme de bains de tilleuls prolongés et multipliés, le purpura disparut ou du moins dans l'espace de peu de semaines les rechutes furent de plus en plus espacées, de plus en plus bénignes jusqu'à extinction.

Ai-je raison ? Je ne sais, mais je m'imagine que si ce purpura bénin, étrangement chronique, avait commencé par une auto-intoxication, il s'était perpétué surtout parce que l'enfant était un névropathe vasomoteur et que dans ce cas on assiste à une association de deux modes pathogéniques, comme dans l'hystérie saturnine ou alcoolique qui com-

mence par le processus de l'intoxication et se continue par celui des réactions nerveuses.

Observation XIX (*in* thèse de Calmels), en partie résumée. — Un enfant de 14 ans est pris brusquement, dans la dernière semaine de juin 1899, de vives douleurs dans l'abdomen, avec prédominance au point de Mac Burney. Des vomissements alimentaires, puis bilieux, surviennent avec aggravation des phénomènes douloureux. Le médecin appelé porte le diagnostic d'appendicite et le *chirurgien décide une intervention immédiate*.

La laparotomie montre un appendice sain, avec piqueté hémorragique sur la séreuse des anses intestinales. L'attention se reporte alors sur une éruption très discrète de quelques pétéchiies, observée quelques jours auparavant au niveau des coudes et du genou.

Les suites opératoires furent simples. Mais quatre jours après l'intervention les douleurs abdominales se reproduisent et le malade entre à la Maison Dubois, le 19 juillet, dans le service de M. Vaquez. Le diagnostic se confirme de purpura avec phénomènes abdominaux.

Malade d'aspect malingre, de caractère impressionnable, n'ayant jamais présenté d'autre maladie.

Il se plaint de légères coliques ; tout le ventre est sensible spontanément et à la pression, sans qu'un point attire particulièrement l'attention.

Quelques pétéchiies sur le ventre, en piqûres de puce. Pas d'albumine dans les urines.

Examen du sang — Rien d'anormal, pas de leucocytose, rétraction normale du caillot, sérum limpide.

Ensemencement du sang pris dans la veine négatif.

20 juillet. — Les taches de purpura s'effacent.

21 juillet. — Nouvelle éruption sur les cuisses, les jambes, la verge.

Traces d'albumine

La douleur persiste dans l'abdomen, vague, sans localisation précise.

22 juillet. — Les coliques augmentent d'intensité, en même temps qu'apparaît une poussée pétéchiiale au niveau des jambes. La diarrhée survient avec un léger degré de ténésme, et le malade rejette dans ses feces une petite quantité de glaires striées de sang. Le pouls est légèrement dépressible et atteint 80.

23 et 24 juillet. — Les douleurs sont devenues excessivement violentes et le malade crie quand on palpe le ventre aux confins de l'épigastre et de l'hypochondre gauche.

Des vomissements surviennent alimentaires, puis bilieux. L'intolérance gastrique est presque absolue.

Le ventre est légèrement excavé,

L'éruption purpurique s'accroît aux fesses, aux bras, à la région dorsale des avant-bras.

Albumine : 0,50 centig. au tube d'Esbach.

25 juillet. — Les douleurs disparaissent, le purpura s'efface. Quatre ou cinq selles avec glaires sanguinolentes.

26 juillet. — Nouvelle poussée de purpura très marquée.

Encore quelques petites poussées jusqu'au 3 août, dont la dernière est provoquée par la station debout.

Enfin guérison, le malade sort le 15 août.

Observation XX (Sutherland), *British Journal of Children's diseases*, janvier 1904. — Un garçon âgé de 5 ans est admis à l'hôpital le 10 octobre 1903 avec l'histoire suivante :

Huit jours avant il a été pris de violentes douleurs abdominales avec vomissements. La souffrance était si forte qu'elle arrachait fréquemment des cris au malade. Ces symptômes se montrent avec intermittences pendant quatre jours et cessent alors entièrement ; seulement ils reparaissent deux jours plus tard d'une façon plus persistante. L'intestin avait fonctionné irrégulièrement jusqu'au jour avant l'admission, quand les selles devinrent d'abord teintées de sang, puis ensuite constituées par du sang pur en grande quantité. Les nausées avaient cessé, mais les douleurs abdominales étaient continuelles. Il n'y avait rien d'important dans l'histoire de la famille et l'enfant n'avait présenté aucun signe de maladie avant cette crise.

A son entrée, la température était de 98,8 F., le pouls à 140, 26 respirations par minute.

L'enfant semblait malade et souffrait de douleurs abdominales presque continuelles, ayant le caractère de coliques pendant lesquelles il se jetait de côté et d'autre, ou se tenait assis dans son lit avec les genoux ramenés contre sa poitrine, ou se couchait à plat ventre, pressant son abdomen sur son lit. Il rapportait la douleur à la région ombilicale.

L'abdomen était distendu, la distension plus marquée dans la moitié supérieure. Il était si résistant que l'examen était impossible sans anesthésie. Après celle-ci, un examen soigneux fut impuissant à déceler une cause quelconque à la douleur. Le toucher rectal ne donna aucun renseignement, mais le doigt revint teinté de sang. Cinq gouttes de laudanum furent données pour calmer la douleur. Ces renseignements furent donnés par M. Riley. Je vis le malade l'après-midi suivant. Il n'avait pas vomi depuis son entrée ni été à la selle. L'abdomen était plus distendu et la palpation impossible. La douleur avait été calmée temporairement par l'opium, mais était reparue. Après consultation avec M. Murray, on décida l'opération, attendu que ces symptômes indi-

quaient une *occlusion intestinale, très probablement par invagination*. En ouvrant le ventre par la voie habituelle, on remarqua d'abord une anse intestinale énormément distendue passant de la fosse iliaque gauche sous les côtes du côté gauche, en traversant une partie du ventre. C'était l'os iliaque et une partie du colon descendant. La cause de cette distension n'était pas très claire et semblait provenir d'un volvulus ou d'une paralysie.

Le colon transverse et le colon ascendant étaient assez affaissés. En examinant l'intestin grêle, on en trouva une partie longue de cinq pouces, foncée en couleur évidemment par du sang extravasé et ayant une paroi épaissie. Séparée par un demi-pouce environ, se trouvait une bande circulaire rouge causée évidemment par une hémorragie plus récente intrapariétale.

M. Murray compara la portion noire et épaissie de l'intestin à une invagination venant d'être réduite et nous eûmes alors un peu l'idée que la réduction s'était faite pendant nos manipulations.

Il n'y avait pas d'autres hémorragies visibles sur l'intestin. Les vaisseaux mésentériques étaient d'apparence normale et on ne trouva pas d'autres lésions. Durant la nuit qui suivit l'opération le malade se plaignit par intervalles de douleurs abdominales, mais qui paraissaient moins violentes. L'intestin fonctionna trois fois, les selles étaient liquides et fétides.

Les cinq jours suivants l'état de l'enfant fut assez satisfaisant ; il eut quelques douleurs, mais rarement fortes ; les fonctions intestinales s'accomplissaient régulièrement, les selles étant ordinairement fétides. Il y avait de temps en temps du sang dans les selles, mais seulement par places ; l'abdomen était rétracté et la plaie avait bon aspect. Cependant la température était au dessous de la normale, le pouls continuait à être rapide (120 à 130 par minute) et très petit, la langue était sèche et saburrale. Puis l'état se modifia. Du sang et des glaires se montrèrent en grande quantité dans les selles ; le sang était tantôt noir, tantôt rutilant.

Bientôt l'hémorragie fut continue, l'enfant ayant apparemment perdu toute sa sensibilité rectale. Il vomissait de temps en temps, mais ne paraissait pas souffrir plus. Alors apparurent pour la première fois quelques taches purpuriques de couleur foncée, sur la face d'extension des genoux et des coudes. Le jour suivant de nouvelles taches apparurent sur les fesses, les talons, le cou, les oreilles, les ailes du nez. L'apparition de cette éruption purpurique avait été observée impatiemment pour confirmer le diagnostic provisoire de purpura de Hénoch.

Nous ne donnerons pas entièrement la suite de la maladie. Il y eut les rechutes habituelles caractérisées par des vomissements, du pur-

pura, du melena, de légères douleurs abdominales, avec faiblesse extrême. Les réflexes rotuliens avaient presque entièrement disparu. L'enfant maigrissait rapidement pendant les crises et engraisait de nouveau dans les intervalles. L'albumine était apparue dans les urines, mais sans sang et sans cylindres. Il n'y eut pas de symptômes articulaires douloureux. L'enfant partit enfin à la campagne pour sa convalescence.

Observation XXI (Harold Burrows). — Le malade, un enfant âgé de 11 ans, fut envoyé à l'hôpital Bolingbroke le 6 juillet avec un mot de son médecin qui disait que l'enfant avait eu un vomissement fécaloïde, qu'il rendait du sang par l'anus et qu'il avait probablement une invagination.

La mère racontait que l'enfant était mal à l'aise depuis les derniers dix jours. Le matin du 6 juillet, il fut pris d'une violente douleur dans le ventre et peu après il rendit une selle moulée avec environ une cuillerée à soupe de sang. Il eut une nausée et eut un vomissement brun foncé et d'odeur absolument fécale. Le médecin vit ce vomissement et le déclara fécaloïde. Il ordonna le transport du malade à l'hôpital.

Je vis ce malade étant de garde et je le trouvai pâle, avec un facies « abdominal », et gémissant sans cesse à cause de douleurs qui paraissaient être intenses et qui étaient principalement localisées à l'épigastre. Sa langue était bonne, ses lèvres et ses gencives couvertes de fuliginosités. Sur la mâchoire inférieure, du côté gauche, il y avait un gonflement dû à une molaire cariée. Le pouls était à 110, bon, pas du type abdominal. Rien d'anormal du côté du cœur ni des poumons. Le ventre était presque immobile et les muscles étaient contractés, surtout dans sa partie inférieure. Tout l'abdomen était sensible à la palpation. *Le toucher rectal ne montre pas de tumeur, mais révèle une douleur du cul-de-sac recto-vésical.* Pas de ténésme.

En essayant de faire un diagnostic deux choses se présentaient clairement à mon esprit : qu'il y avait eu un vomissement fécaloïde et que c'était une péritonite. Cependant le malade n'avait pas vomi durant le court espace de temps qu'il était resté à l'hôpital, et je pensais alors, comme aujourd'hui encore, qu'il avait bien eu un vomissement fécaloïde, parce que la description de la mère était nette, parce que le médecin avait vu le vomissement et l'avait déclaré fécal, parce que l'aspect de la langue et de la bouche du malade ainsi que l'odeur de son haleine semblaient placer la chose hors de doute.

Par conséquent, pensant que le vomissement fécaloïde était une réalité, j'en conclus qu'il y avait un certain degré d'occlusion intestinale, en dépit de l'absence de la distension abdominale.

En faveur du diagnostic de péritonite, il y avait la contracture et la

sensibilité de l'abdomen, la douleur du cul-de-sac recto-vésical démontrée par le toucher rectal : la violente douleur et l'aspect du facies de l'enfant appuyaient ce diagnostic. Je pensais que le fait du pouls sans caractère abdominal ainsi que la cessation des vomissements étaient dus à l'administration de l'opium ayant précédé l'admission du malade à l'hôpital. Raisonnant d'après ceci, les deux diagnostics les plus probables paraissaient être l'invagination ou l'occlusion due à quelque cause inflammatoire siégeant peut-être dans la région de l'appendice. Des deux alternative, la dernière me paraissait la plus vraisemblable étant donné l'apparition rapide des signes de péritonite.

Je décidai d'examiner le patient sous le chloroforme et de faire, si cela paraissait nécessaire, une laparotomie exploratrice séance tenante. Il fut donc endormi. Avec un degré modéré d'anesthésie, la rigidité abdominale ne disparut pas, et aucune lumière nouvelle ne fut apportée ni sur la nature ni sur la situation de la lésion présente.

Une incision médiane fut faite au-dessous de l'ombilic suffisante pour admettre deux doigts. Le péritoine parut sain, le cœcum n'était pas distendu, l'appendice fut examiné et trouvé normal ; il n'y avait aucune masse anormale. Aussi loin qu'on pouvait voir, l'intestin grêle était pâle et presque vide. Juste au moment où l'on se préparait à suturer l'incision abdominale, une portion congestionnée de l'intestin grêle fut aperçue. C'était l'iléon à quelques pouces de la valvule iléo-cœcale. L'intestin montrait quelques petites hémorragies pétéchiales et quelques zones irrégulières de congestion desquelles le sang pouvait être chassé par expression. Le péritoine recouvrant la région congestionnée était gluant et avait perdu son poli. On ne fit pas d'autre investigation. La paroi abdominale fut suturée et le patient retourna dans son lit, après qu'on eût enlevé, avant la fin de l'anesthésie, la molaire cariée. Du pus s'échappa de l'alvéole.

Le lendemain matin, le malade ne souffrait plus.

On rechercha avec soin les pétéchies et on trouva quelques petites taches purpuriques sur les coudes, sur les fesses et sur chaque jambe dans la région du tendon d'Achille et du talon. L'urine était acide avec excès de phosphates et une légère trace d'albumine. La langue était toujours très sale. La température était de 99°6 F. et le pouls à 110. Les pétéchies vues à l'opération avaient d'abord fait croire à la présence d'une infection générale septique en connexion avec l'abcès dentaire ; mais la température durant les quelques jours suivants était légèrement montée au-dessus de la normale et le malade ne semblait pas suffisamment malade pour justifier cette opinion.

Après quelques jours, il y eut une éruption généralisée de purpura et pour la première fois on envisagea la possibilité d'un purpura de

Henoch. Le docteur Goodhart vit le malade et confirma le diagnostic de purpura de Henoch. En même temps il demandait une histoire plus précise de la maladie. La mère fut appelée et questionnée plus à fond. Elle nous dit que le 26 juin, onze jours avant son admission à l'hôpital, elle avait noté que son fils marchait en boitant. Il expliqua que ses jambes lui faisaient mal et étaient raides. La mère examina les jambes et les trouva couvertes de bosses et de taches rouges. Elle remarqua aussi une rougeur sur ses coudes et ses fesses. Le jour suivant l'éruption disparut et le surlendemain l'enfant allait à l'école comme d'habitude. Le 30, une éruption apparut sur tout le corps et il dit ne se trouver pas bien. Il se plaignait aussi du mal de dents. Si cette histoire avait été donnée plus tôt, le patient aurait sans doute échappé à une laparotomie inutile.

L'histoire qui suivit est intéressante. L'haleine restait fétide et la langue sale. A chaque fois qu'on examinait l'urine on la trouvait contenant un excès de phosphates et une petite trace d'albumine (ébullition et acide acétique). L'appétit était toujours très faible et le dépérissement était très marqué. Les feces étaient pâles, fétides et généralement non formées. On ne fit pas leur analyse, qui aurait sans doute montré que la digestion était incomplète. Il y avait de fréquentes éruptions de taches purpuriques, parfois localisées aux coudes et aux fesses, parfois généralisées. On ne vit pas d'hémorragies rétinienues.

Le 25 juillet, après avoir mangé un peu de chocolat, le patient eut une soudaine et violente attaque de douleurs abdominales et rendit presque aussitôt une quarantaine de grammes de sang par le rectum. Il avait l'apparence de quelqu'un qui souffre d'une grave lésion abdominale. La douleur était intense ; quinze gouttes de teinture d'opium données par le rectum apportèrent une certaine rémission. Trois jours après cette crise il y eut une éruption générale de purpura. La dernière fois qu'une éruption généralisée de purpura apparut fut le 11 août, et quatre jours après le malade fut envoyé au bord de la mer.

Il fut revu le 2 novembre, il était redevenu gras, avait des couleurs et tout l'aspect de la santé. Il n'avait plus eu de purpura depuis son départ de l'hôpital. En examinant sa mine, on trouva une trace d'albumine dans la proportion de 0,1 0/0, beaucoup plus qu'il n'en avait eu pendant sa maladie.

Observation XXII (Fischer), *Exemple d'un purpura de Henoch sans purpura cutané.* - En novembre 1899, un garçon âgé de 3 ans et 11 mois fut admis à la « Bristol Royal Infirmary » souffrant d'une violente douleur abdominale et vomissant. On pensa à la possibilité d'une invagination. L'abdomen était distendu, mais pas contracté et on ne

trouva rien à la palpation qui put justifier cette idée. Cependant la douleur et les vomissements continuaient et deux jours après il fut examiné sous chloroforme, mais sans qu'on put découvrir quelque chose qui éclairât le cas. Aussitôt après les crises aiguës cessèrent et après être resté à l'Institution pendant trois semaines, il partit en apparence tout à fait guéri. Cependant cinq semaines après la fin de la première attaque la douleur et les vomissements reparurent et il fut de nouveau admis à la « Bristol Royal Infirmary » le jour suivant la réapparition des symptômes. La douleur dont l'enfant souffrait à ce moment était, comme le disent les notes cliniques, d'apparence violente. L'abdomen n'était pas distendu mais excessivement sensible à la pression. Les vomissements continuaient et il y avait de la constipation. Un lavement ramena une petite quantité de matières dures, de couleur ordinaire. La douleur ne diminua pas et l'enfant tomba dans le collapsus. La crise se termina par la mort trois jours après son début.

Autopsie. Rien d'anormal n'est trouvé dans aucun organe excepté les intestins. La muqueuse de l'intestin grêle sur toute sa longueur, du cœcum et du colon ascendant était extrêmement infiltrée de sang, et la paroi intestinale avait au moins trois fois son épaisseur normale, à cause de l'hémorragie siégeant entre les tuniques. Cependant il n'y avait ni ulcération ni abrasion d'aucune sorte au niveau de la muqueuse. L'état hémorragique commençait brusquement au niveau de l'union du duodenum et du jejunum, et finissait avec la même netteté à l'angle splénique du colon. La partie supérieure de l'intestin grêle contenait une quantité considérable de sang caillé ; dans l'iléon et le colon ascendant, le sang qui y était contenu était plus fluide. Les matières renfermées dans le gros intestin étaient de couleur pâle et n'étaient pas mélangées au sang. L'hémorragie dans la lumière du canal intestinal n'avait donc pas de beaucoup précédé la mort. Une minutieuse recherche du côté des vaisseaux mésentériques ne montra ni embolie ni thrombose. Les ganglions mésentériques étaient gros, mais pas durs. On fit des cultures de ces ganglions et de la rate ; elles décelèrent du colibacille.

Il n'y eut ni pendant la première, ni pendant la seconde crise d'éruption purpurique cutanée ; on ne vit aucune ecchymose sur le corps après la mort.

Observation XXIII (Comby, *Progrès médical*, 1880). — Malade âgé de 25 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels.

Quinze jours avant son entrée à Lariboisière il éprouve des douleurs lombaires, puis dans les genoux, les poignets, les épaules. Ces douleurs deviennent si vives qu'elles obligent le malade à entrer à l'hôpital.

OEdème rouge et douloureux des mains. OEdème rosé et douloureux de l'avant-bras droit. Erythème papuleux des coudes, au niveau de l'olé-

crane. Taches de purpura des cuisses, des malléoles. Articulations des genoux et des pieds douloureuses à la pression. Cœur absolument normal.

Après quelques jours l'amélioration est très sensible, les œdèmes disparaissent ainsi que les douleurs articulaires.

Brusquement dans la nuit, cinq jours après l'entrée, le malade souffre du ventre et vomit une grande quantité de liquide verdâtre. L'abdomen est très sensible à la pression, mais non ballonné. Toute la journée les vomissements bilieux continuent ; les fesses et les genoux présentent des taches rouges, puis ecchymotiques.

Le lendemain le ventre est extrêmement douloureux ; les vomissements sont incessants, jaunâtres, fécaloïdes. Aucun gaz, aucune matière ne sont rendus par l'anus ; les urines se suppriment. Le facies est grippé, le pouls est très petit et très fréquent ; l'apyrexie est complète (37°). Le surlendemain les vomissements sont nettement fécaloïdes ; le ventre se ballonne et les anses intestinales se dessinent sous la peau. Pouls insensible, extrémités froides, anurie. Mort.

Autopsie. — Ouverture de l'abdomen : les anses intestinales sont très distendues, l'estomac est dilaté ; il n'existe pas trace d'exsudat ni d'épanchement liquide dans la cavité abdominale. Sur plusieurs points des anses intestinales, nous remarquons une congestion intense et des ecchymoses. Dans la fosse iliaque droite, nous sentons une tumeur dure qui repousse en avant les anses intestinales. Il s'agit d'un gros boudin d'invagination. Faisant sur l'intestin une double ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur, nous enlevons celle-ci et nous constatons que la dernière portion de l'iléon s'est invaginée dans le cœcum et dans le côlon ascendant. Il existe trois cylindres épais, adhérents, infiltrés de sang, emboîtés l'un dans l'autre. Pas d'autres lésions dans les différents viscères.

Observation XXIV (Vierhuff), résumée. — Homme âgé de 29 ans, de bonne santé habituelle, jamais de troubles dans les fonctions intestinales.

Le 15 mars, il tombe malade d'un purpura du genre *pétirose rhumatismale* et se couche avec des douleurs dans toutes les articulations.

Le 19, le quatrième jour de la maladie, douleurs brusques et intenses dans le ventre. On trouve quelques selles sanglantes.

Le 21, je suis consulté et je trouve le malade criant et gémissant. Vomissements, hoquet et ventre un peu tendu. A droite entre le nombril et l'épine iliaque antéro-supérieure, il y avait une résistance nette à la pression avec une intumescence allongée et douloureuse. Opium, puis morphine sous cutanée.

Les jours suivants, même aspect de la maladie, douleurs insupporta-

bles sous forme de coliques, cessant seulement un temps très court, hoquet, vomissements, constipation totale. Le diagnostic était pour moi plus vraisemblable d'une péritonite partielle par perforation que d'une invagination intestinale. Jusqu'au 30 mars, la grave allure de la maladie était seulement un peu changée ; les coliques et la résistance à droite du nombril persistaient, mais les vomissements et le hoquet avaient cessé de sorte que le malade put prendre un peu de nourriture liquide.

Il fit un œdème considérable des deux jambes sans albuminurie. La constipation persista, malgré les lavements qui ne peuvent être gardés car il y a *paralysie du sphincter*.

Le 1^{er} et le 2 avril, deux bonnes selles sans douleurs ni sang.

Le 3, selle difficile, puis rejet par l'anus d'un morceau d'intestin nécrosé de 40 cent. de long, de couleur grisâtre composé de la fin de l'iléon invaginé dans le cœcum que l'on reconnaît avec son appendice vermiciforme (L'examen microscopique fut difficile en raison de la nécrose ; néanmoins on pouvait encore reconnaître les villosités, les tuniques étaient complètement infiltrées de sang).

Le malade guérit ensuite après avoir fait une embolie pulmonaire et un abcès du poulmon.

Observation XXV (Sutherland) (avec invagination) — Une fillette âgée de 7 ans fut admise à l'hôpital en février 1893 atteinte d'un purpura de Hénocli. La maladie avait commencé cinq semaines avant : comme elle revenait de l'école une après-midi elle ressentit une douleur dans l'estomac, eut une nausée et vomit du sang. Sa maladie se prolongea à l'hôpital caractérisée par des récidives de douleurs abdominales, des vomissements de sang, du méléna, des épistaxis et des hémorragies gingivales, une éruption de purpura, de l'albuminurie et des hématuries. Finalement elle guérit et fut renvoyée en mai.

En août, on la réadmet avec réapparition de tous les symptômes précédents. La douleur abdominale était plus violente, rapportée à l'ombilic, avec des paroxysmes sous forme de coliques. De petites doses répétées de morphine furent employées pour calmer les souffrances de la patiente. Le ventre était mou et souple et pouvait être palpé à fond ; mais on ne put découvrir d'empatement ou de sensibilité localisés. De temps en temps l'examen était interrompu par une attaque de coliques qui durait quelques minutes et passait rapidement. L'enfant avait des hémorragies viscérales analogues à celles rapportées habituellement. Le 6 septembre, le ténésme devient un symptôme prédominant et continue plus ou moins intense quelques jours. En même temps il y avait des hémorragies intestinales plus abondantes qu'auparavant, 150 grammes de sang étant rendu chaque fois. La soif et les nausées

étaient masquées, mais il n'y avait pas d'occlusion intestinale ; les selles étaient fréquentes, liquides et fétides.

Le 19 au soir, des convulsions généralisées survinrent et la température monta à 104° F. La crise dura trois heures, la malade était à peu près inconsciente et l'hémorragie intestinale continuait. La maladie se termina d'une façon fatale trois jours plus tard et durant cette période la fillette resta dans le coma, avec incontinence des urines et des matières. Au moment de la mort les vomissements apparurent avec un caractère fécaloïde.

A l'autopsie, à l'ouverture de la cavité péritonéale il s'échappa des gaz. Le péritoine tout entier était couvert de pus et de sérosité, et une centaine de grammes de pus était libre dans le petit bassin. L'intestin grêle était distendu et le gros intestin était affaissé et vide, à l'exception du rectum qui contenait des matières. Dans la région cœcale il y avait une invagination, le cœcum et une partie de l'iléon étaient invaginés dans le côlon sur une longueur de quatre pouces, ce qui formait une masse adhérente. En tentant la réduction on rompit l'intestin en plusieurs points. Tout l'intestin invaginé était très épais, noirâtre, hémorragique et d'apparence gangréneuse. La paroi du reste du côlon était d'apparence normale, à part nombre de petites ulcérations superficielles, taillés à pic dans la muqueuse, sans épaissement local, mais correspondant à une congestion des vaisseaux sanguins du côté de la séreuse.

Observation XXVI (Milligan), *avec autopsie*. — Homme âgé de 54 ans, sans antécédents autre qu'une bronchite chronique. Atteint d'abord de douleurs rhumatismales, puis d'une éruption de pétéchies sur les membres inférieurs, enfin d'une éruption abondante de même nature sur les membres supérieurs. On lui administre des préparations ferrugineuses et une alimentation substantielle. En huit jours il paraît aller bien, température normale, bon appétit. Le neuvième jour de son séjour à l'hôpital, il est pris d'une violente douleur dans le côté droit de l'abdomen. Les régions lombaires et iliaques sont très douloureuses à la moindre pression ; il y a une légère submatité à la percussion. Dans l'après-midi par le traitement (?) les douleurs semblent se calmer un peu. Le lendemain matin, elles redeviennent intenses, la submatité est plus nette et le malade est dans une tendance au collapsus. Les douleurs deviennent de plus en plus fortes, les mouvements du cœur très faibles, puis survient une difficulté à respirer suivie d'une mort presque subite.

Autopsie — Rien dans les organes thoraciques. La seconde moitié de l'intestin grêle est très congestionnée et presque noire dans les environs de la valvule iléo-cœcale. Le cœcum et le côlon ascendant sont aussi de couleur très foncée. En ouvrant, l'intestin, on trouve une grande quantité de sang semi-fluide, grumeleux, contenant de nombreux caillots.

Ce sang était contenu dans la fin de l'intestin grêle, le cœcum et le côlon ascendant.

Observation XXVII (Jacobson). Hemorrhagic appendicitis as the first manifestation of purpura hemorrhagica. — Malade âgé de 37 ans.

Avait souffert un jour de violentes douleurs dans le côté droit du ventre, puis le lendemain il y avait une apparente amélioration.

Le 23 février 1901, l'auteur est appelé par le médecin du malade, Violente douleur dans la partie droite du ventre. Sensibilité marquée à la place de l'appendice. Il se plaint aussi de douleur dans la région de la vésicule biliaire et il y a un troisième point douloureux à droite de l'ombilic. La rigidité musculaire n'était pas aussi évidente qu'elle l'est d'ordinaire dans l'appendicite, cependant il y avait une considérable résistance dans la moitié droite du ventre. Météorisme marqué. Température 104°3 F. Puls : 132. Il y eut une certaine hésitation pour le diagnostic par suite des différents points douloureux, mais le plus intense était dans la région appendiculaire.

Diagnostic d'appendicite et opération : Hémorragie des vaisseaux de la paroi qui doivent être liés en grand nombre. Appendice de cinq pouces de long. Il paraît enflammé ou du moins il présente une coloration très rouge. Plus tard à la section on trouva la substance de l'appendice présentant de nombreuses zones hémorragiques. Il n'y avait pas de sang dans la cavité de l'appendice qui était distendue par du mucus. L'hémorragie était entièrement interstistielle. On n'a pas regardé le reste de l'intestin. On ferme le ventre sans drainage. Le malade a bien supporté l'opération.

Deux jours après, douleur violente dans le côté gauche de la poitrine. Température : remonte à 102° F. La douleur diminue le lendemain ; le surlendemain toux et hémoptysie de sang rouge.

Epistaxis abondante dans la nuit.

Puis le jour suivant nombreuses pétéchies apparaissent sur la jambe gauche dans la région de la tête du péroné, puis sur les deux mollets. Sur le ventre, il y avait aussi du purpura et dans la région où avaient été faites les injections hypodermiques il y avait des hémorragies sous-cutanées.

Pas de douleurs articulaires. Pas d'hématurie, ni d'hématémèses ni de vomissements. Epistaxis et hémoptysies persistent. Après quelques jours de fièvre rarement élevée à 100° F., les hémoptysies persistent, on donne de l'adrénaline. Les hémorragies cessent et le malade part guéri. Il n'y a pas eu de rechutes hémorragiques depuis.

Observation XXVIII (Wagner), résumée. — Il s'agit d'un malade âgé de 22 ans qui eût des douleurs abdominales avec ventre gonflé, qui

souffrait au niveau de plusieurs articulations et qui présentait des taches de purpura. Après avoir eu à plusieurs reprises des vomissements verdâtres et des selles striées de sang, il présenta pendant quelques jours une amélioration qui fut suivie d'une aggravation rapide. Le ventre se balonne de plus en plus pendant trois jours et le malade meurt avec un météorisme intense, quatre semaines après le début des accidents.

Autopsie. — Infractus hémorragique dans les deux poumons.

Quelques onces de liquide jaune verdâtre dans la péritoine. Anfractuosités entre les intestins remplies d'une masse purulente. Surface intestinale d'aspect gris bleuâtre et grasseux. Foie recouvert d'une couche quasi purulente. Muqueuse stomacale grise recouverte d'un mucus épais, hormis en certains points injectés. Toute la séreuse de l'intestin est louche; la muqueuse à la partie supérieure est normale, sauf certains points gros comme une lentille, hyperhémisés et dépourvus d'épithélium vers le milieu de l'intestin; surfaces grises pâles, lisses, sans replis ni villosités, tranchant sur le reste de la muqueuse un peu tuméfiée. Ces surfaces plus étendues vers le pylore, sont parsemées de points congestionnés avec perte de l'épithélium. Follicules solitaires du gros intestin, gonflés, très proéminents. En aucun point de l'intestin, on ne trouve d'hémorragie.

Observation XXIX (Stieldorf), avec autopsie. — Schumacher, 22 ans, lymphatique, bonne santé, hormis des épistaxis fréquentes.

Le 12 avril. — Sans prodromes, purpura aux membres inférieurs.

Le 17. — Mains enflées, douloureuses; il cesse son travail.

Le 21. — Syncope après une promenade.

Le 22. — Mains toujours gonflées; nouvelle éruption ecchymotique.

Le 24. — Jambes tuméfiées, douloureuses; le malade se promène.

Le 25. — Paupières et face tuméfiées; éruption.

Le 26. — Œdème douloureux des membres supérieurs; il entre à l'hôpital, 100 pulsations.

Face, cou, membres supérieurs œdématisés, douloureux; taches variables, constipation, nausées.

Le 27. — Vomissements, puis douleur épigastrique atroce le matin; ventre plat très douloureux.

Pus d'œdème.

Le 28. — Vomissements, ventre ballonné. Température, 37°.

Le 30. — Délire, œdème palpébro-facial; vomissements, ventre douloureux, deux selles sanguinolentes, taches conjonctivales et gingivales.

Le 1^{er} mai. — Amélioration, plus d'œdème, etc.

Le 2. — Température, 37°8, œdème de la face et du cou. Selles diarrhéiques; un vomissement.

Le 3. — Température : matin, 38° ; soir, 40°. Verge enflée douloureuse, tenesme vésical ; urine mêlée de sang, quelques crachats sanglants.

Le 4. — Bonne nuit, puis éruption généralisée. Urine, 2.800 grammes, contenant 120 grammes de sang. Dents fuligineuses, ventre ballonné, indolore.

Le 5. — Température, 38°8, plus de sang dans l'urine, diarrhée, hémoptysie.

Le 6. — 39°. Plus d'œdème, rales fins au sommet droit.

Les 7, 8. — 39°. Nouvelle éruption généralisée. Œdème douloureux de la verge.

Le 9. — Bon état général malgré la fièvre (40° le soir), sommeil, moins d'œdème.

Les 10, 11. — Le malade se lève, vertiges ; il mange, vomissements. Température, 39° le matin, 39°5 le soir.

Le 12. — Eruption.

Le 13. — Crachats pneumoniques, submatité des deux bases.

Le 15. — Soir, 41°1.

Le 16. — Matin, 40°, soir, 40°5. Œdème de la face, des membres supérieurs, langue gonflée, salive acide, éruption généralisée, délire, suffocation.

Le 17. — 40°. Abdomen douloureux, pied enflé.

Le 19. — Ascite, œdème douloureux généralisé, gencives ramollies.

Le 21. — Ventre douloureux, tendu ; diarrhée sanguinolente ; œdème de la face et de la verge ; poussée de purpura. Pouls, 120. Température, 39°.

Le 22. — Face livide, dents déchaussées ; taches énormes. Température, 39° et 40°. Pouls, 120.

Le 23. — Taches s'étendant progressivement, agonie, mort.

Autopsie. — Ecchymoses cutanées ne dépassant pas le derme. Ecchymoses dans les muscles pectoraux, les plevres, le péritoine, la vessie, les reins. Cœur, rate, reins normaux. Deux à trois litres de liquide jaune citrin dans les plevres. Quatre litres de liquide ascitique. Intestins offrant partout une teinte noire assez prononcée. Pas de lésion microscopique appréciée.

Observation XXX (Zimmermann), avec autopsie (résumée). — Il s'agit d'une femme de 46 ans, toujours bien portante. En 1872, à Pâques, elle est atteinte de nombreuses petites pétéchies sur les membres inférieurs, et plus tard sur les bras, disparaissant vite et bientôt remplacées par de nouvelles.

En novembre, douleurs dans les cous-de-pieds et dans les muscles. Faiblesse et amaigrissement. Ni épistaxis, ni hémoptysies. De temps en

temps vomissements, mais jamais de sang. Jamais d'hématurie. Elle continue à maigrir malgré les soins médicaux, et présente souvent depuis ces derniers mois de violentes douleurs dans l'abdomen.

Entre à l'hôpital le 13 février 1873.

Facies pâle, papules sur le nez et le menton.

Gencives hyperhémisées, mais non saignantes.

Sur la jambe et le bras gauche, nombreuses sugillations bleuâtres ne s'effaçant pas par la pression. Un peu d'œdème de la jambe gauche. Le cou-de-pied gauche est un peu enflé et un peu douloureux par le mouvement.

16 février. — Douleurs dans les mains et les pieds ; douleurs fréquentes de l'abdomen.

20 février. — Sur les avant-bras et les genoux, nouvelle éruption de pétéchiés de la grosseur d'un pois. Douleurs musculaires.

2 mars. — Douleurs épigastriques, constipation. Douleurs articulaires.

15 mars. — Abondante éruption purpurique sur la jambe gauche.

22 mars. — Encore des pétéchiés des extrémités supérieures et inférieures. Pas d'albumine. Pas de sang dans les selles.

12 avril. — Diarrhée sans sang, douleurs violentes en forme de coliques. Ventre gonflé et douloureux à la pression. Vomissements fréquents.

17 avril. — Sur les bras, nombreuse et nouvelle éruption de purpura.

27 avril. — Léger épanchement pleurétique. Constipation.

28 avril. — Vomissements fréquents, ventre gonflé, douloureux partout, surtout à l'épigastre.

10 mai. — Douleurs abdominales. Vomissements. Faiblesse très marquée. Douleurs dans les jambes. Diarrhée sans sang.

21 mai. — Douleurs abdominales violentes, ventre très douloureux à la pression. Un vomissement. Selles diarrhéiques. Nouvelles pétéchiés de l'avant-bras droit. 38°5.

22 mai. — Douleurs du ventre extraordinaires, ventre gonflé, une selle, 39°5.

23 mai. — Même état. Ni urine. ni selles. 39°. Pouls, 120, très petit.

24 mai. — Ventre extrêmement douloureux, météorisme croissant. Mauvais facies. Température, 40°, pouls presque incomptable. Mort.

Autopsie. — Purpura cutané ancien et nouveau.

Quelques tubercules des poumons.

Intestins couverts d'un exsudat fibrineux, agglutinés entre eux. Dans la partie inférieure de la cavité abdominale, quelques onces de sérosité jaunâtre.

Sur tout l'iléon, nous trouvons environ 150 ulcérations de la dimen-

sion de 2 lignes à 1 pouce, arrondies, sur toute la surface de l'intestin, mais surtout vers l'attache du mésentère.

Les parties atteintes de l'intestin sont un peu hyperhémiques du côté de la muqueuse, beaucoup du côté de la séreuse. Certaines des ulcérations affectent seulement la muqueuse, les autres toutes les tuniques. Plusieurs des places les plus malades sont perforées, soit qu'elles l'étaient déjà sur le cadavre, soit qu'elles aient été déchirées pendant les manipulations de l'intestin. Le jejunum ne montre d'ulcérations que dans ses dernières parties. Cœcum, côlon ascendant, côlon transverse normaux. Dans la partie supérieure du côlon descendant, les plis de la muqueuse sont gris et gonflés, hémorragiques par places.

Observation XXXI (Silbermann) (citée par Osler), avec autopsie. — Un enfant de 10 ans est pris le 13 décembre 1887 de fièvre et de douleurs dans les genoux.

Le 16, éruption de purpura avec coliques, hématemèse, méléna. Après avoir duré trois jours, les symptômes disparaissent. L'attaque reparait avec une grande violence en janvier; il y a des phénomènes de péritonite aiguë.

L'autopsie montra une péritonite purulente aiguë, ayant résulté de la perforation du fond de l'estomac. Il n'y avait pas d'ulcérations dans l'intestin, mais la muqueuse était gonflée et congestionnée. Il y avait des foyers nécrotiques dans l'estomac et l'intestin, et on trouva quelques vaisseaux sanguins thrombosés.

Observation XXXII (David), résumée. — *Un cas de péritonisme au cours d'un purpura rhumatoïde chez un syphilitique secondaire. Mort. Autopsie.* — Homme 43 ans, coiffeur.

Antécédents héréditaires : rien de particulier. A toujours eu une santé robuste. A eu une blennorrhagie tenace à l'âge de 19 ans. Alcoolique depuis l'âge de 16 ans. Pituites et cauchemars nocturnes.

En mai 1904, chancre syphilitique, suivi de roséole en juin. Pilules de protoiodure, puis injection de bi-iodure de mercure. Malgré cela ulcération d'un pilier du voile du palais. Frictions d'onguent napolitain.

En août, fatigue accentuée, amaigrissement considérable; fréquemment épistaxis.

Dans les premiers jours de septembre, l'affaiblissement s'accroît.

Le 6 septembre, apparition de douleurs au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes, pas de gonflement; abattement considérable; pas de troubles gastro-intestinaux, fièvre légère.

7 septembre. — Les douleurs augmentent, les deux articulations tibio-tarsiennes se tuméfient; en même temps apparaissent des pété-

chies sur la face externe du pied, sous forme d'un pointillé serré formant un placard large comme la paume de la main.

7 au 12. — Le gonflement augmente, les douleurs s'exagèrent, le malade entre à l'hôpital.

13 septembre. — Malade très abattu, teinte subictérique. Douleur et gonflement des cous-de-pied.

Pétéchies de la grosseur d'un pois sur les membres inférieurs. Quelques unes sur l'abdomen. Sur le thorax, macules brunâtres, vestiges d'une éruption spécifique. Sur la voute palatine, pointillé hémorragique.

Langue un peu sèche et saburrale. Anorexie, pas de vomissements, constipation. Pas de douleur abdominale. Foie dépassant de deux travers de doigts les fausses-côtes. Rate un peu grosse. Appareil pulmonaire : rien. Pouls : 100, mou. Urines : un peu d'urobiline, un peu d'albumine. Température : 38° le soir. Régime lacté.

14 septembre. — Tuméfaction de la face dorsale de la main gauche, paraissant occuper la gaine des extenseurs. Douleurs spontanées et à la pression. Pas de rougeur.

Gonflement douloureux analogue au niveau de la face dorsale de l'extrémité supérieure du cubitus gauche. Pas de température. Pouls : 96.

15 septembre. — Les fluxions périarticulaires et la douleur ont diminué.

Le matin, le malade a eu, brusquement, un vomissement abondant, facile, absolument porracé ; il se plaint au moment de la visite, d'une douleur assez vive dans toute la partie gauche de l'abdomen. La palpation est douloureuse de ce côté, indolente à droite ; mais le ventre est souple, non ballonné, pas de défense musculaire. Sonorité normale. Le pouls est faible et rapide. Mais le facies n'est pas grippé. Les urines sont rares, foncées. Température : 38°8. Glace sur le ventre, eau chloroformée.

Dans l'après-midi et la nuit, les vomissements se reproduisent, fréquents, abondants, de couleur noirâtre, non hématiques. Le malade a du hoquet. Constipation.

16 septembre. — Le malade vomit encore un peu ; les vomissements sont toujours brunâtres ; la sensibilité du ventre a diminué. Le pouls est toujours mou. Pas de douleurs articulaires. Température : 37°2.

17 septembre. — Les phénomènes péritonéaux ont totalement disparu. Plus de douleurs, plus de vomissements. Mais œdème douloureux des deux mains, placard hémorragique avec phlyctènes sanguinolentes de la main droite.

Etat général mauvais. Chlorure de calcium : 4 gr. Injection d'Ergotine : 1 gr. Lavement de 500 gr. de sérum artificiel.

18 septembre. — Les mains sont toujours tuméfiées. Le placard hémorragique de la main droite s'étend. Large ecchymose au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus gauche. Prostration marquée.

19 septembre. — Même mauvais état. Crachats hémoptoïques.

20 septembre. — Dyspnée, souffle et grosse matité à gauche.

21 septembre. — Dyspnée considérable, matité et souffle des deux côtés. Ponction exploratrice négative.

22 septembre. — Dépression augmente encore. Mort.

Autopsie. Thorax. — Ni épanchement, ni adhérences pleurales

Poumon droit : deux tiers inférieurs hépatisés.

Poumon gauche : splénisation et œdème dans les deux tiers inférieurs.

Le péricarde contient quelques grammes de sérosité.

Cœur ; rien à noter.

Cavité abdominale : pas de liquide.

Péritoine normal, non congestionné. Pas d'adhérences, pas de sang.

Quelques anses de jejunum ont une coloration grisâtre, ardoisée ; ouvertes on n'y trouve pas d'ulcérations.

Foie : Il est dur, à surface granuleuse, scléreux.

A la coupe : ilots de sclérose, dégénérescence graisseuse.

Poids : 1550.

Rate normale.

Reins volumineux, non scléreux, se décortiquant bien. Aspect du gros rein blanc.

Observation XXXIII (inédite). Cette observation et la suivante sont dues à l'extrême obligeance de notre excellent collègue Lyon-Caen, interne des hôpitaux. — Georges Bos... 8 ans et demi. Entre à l'hôpital Claude-Bernard, le 26 mai 1907. Il était soigné chez lui depuis quelques jours : il souffrait surtout de la gorge et il a eu des vomissements, il avalait très difficilement.

Vers le 23 mai, le médecin découvre une teinte rougeâtre couvrant l'abdomen et le dos ; il fait diagnostic de *scarlatine*, et l'enfant est admis salle Jenner. L'éruption n'a duré qu'un jour. Il ne se plaint plus de la gorge mais de douleurs abdominales assez vives. La palpation révèle une sensibilité générale de l'abdomen avec une zone plus nettement douloureuse à droite et sous l'ombilic. A ce niveau, il y a contraction des muscles de la paroi. A gauche la palpation est très peu douloureuse. Le foie semble normal.

Le 27 au soir, la température est de 38°5.

Le 28 au matin, le malade est pris de vomissements assez abondants verdâtres et bilieux. Ils auraient contenu quelques filets de sang (?) Les traits sont tirés, la langue très sèche, la constipation absolue. Un lave-

ment produit une selle verdâtre. On ordonne de la glace sur le ventre et des comprimés de citrate de soude.

Les 29, 30, 31 mai, le malade n'absorbe qu'un peu d'eau de Vichy qui détermine souvent des vomissements ou des efforts de vomissements. La température est tombée à 37°. La palpation abdominale est toujours douloureuse et on observe un peu de ballonnement du ventre et de la sonorité à la percussion, sauf qu'il paraît y avoir un placard avec matité, douloureux à la palpation et siégeant en dedans de la région appendiculaire. La constipation est toujours absolue. Les urines ne présentent rien d'anormal.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 juin, apparition de taches purpuriques, Début aux membres inférieurs et surtout à la face interne du gros orteil et au bord externe du pied. Très peu sur les jambes. Quelques-unes à la face antérieure du genou et à la partie interne de la cuisse.

Les jours suivants envahissement des bras et du tronc. Aux bras les pétéchies siègent surtout au bord cubital depuis le coude jusqu'au poignet. A la main elles sont localisées à la face dorsale des doigts et aux plis de flexion où elles forment des taches plus volumineuses et plus confluentes. Sur le tronc, elles siègent surtout dans le dos descendant jusqu'aux fesses sans présenter de disposition symétrique nette. Sur le ventre elles sont plutôt groupées autour de l'ombilic et au niveau des plis inguinaux.

Le 3 juin, selles peu abondantes après lavement.

Le 4, deux cents grammes de sérum. Pas de vomissements.

Le 5 juin, le malade a une température de 37°8 et le ventre est très ballonné, douloureux. L'haleine est fétide, la langue sèche, fuligineuse. Le malade est très abattu, les taches augmentent. Pas d'hématémèse ni de méléna. Dans la nuit du 6 au 7, le malade semble cependant avoir eu une selle noirâtre en diarrhée.

Le 7, il absorbe un œuf, vomissements.

On a fait à plusieurs reprises au malade les 3, 4, 5, 6, 7 juin des injections de 2 cmc. de sérum artificiel. Dans la journée du 7, le malade commence à éprouver une sensation de faim. Le 7 au soir la température est de 36°5. Les taches n'augmentent pas, l'état général est meilleur.

Le 8, on lui fait prendre un quart de milligramme d'adrénaline; il absorbe quelques aliments légers. Il se sent beaucoup mieux; les taches tendent à disparaître surtout sur l'abdomen et le dos. L'amélioration s'accroît dans la journée du 9. Adrénaline: un quart de milligramme. A ce moment la paroi abdominale à droite de l'ombilic est souple. On ne provoque presque plus de douleur. La langue du malade est humide et se dépouille. Les taches disparaissent lentement.

Le malade quitte l'hôpital le 9 sur la demande de sa famille et contre toute attente meurt chez lui (?)

Observation XXXIV (inédite), Lyon-Caen. — René B..., âgé de 6 ans.

Entre à l'hôpital Claude Bernard, le 17 juillet 1907 pour *scarlatine*. Il présente à ce moment une éruption scarlatiniforme très légère localisée au tronc. Pas de température. La gorge ne présente pas d'angine. L'amygdale droite est un peu hypertrophiée. Pas d'albumine dans les urines.

Le 18, 19, 20, la température s'élève progressivement. Elle atteint 39° le 20 au soir.

Le 21, chute de température à 36°3.

Le 22 au soir on remarque un mince filet de sang coulant par l'anus. Le malade à partir de ce jour est constipé.

Le 23, il est pris de vomissements bilieux à deux reprises, le matin et le soir. La langue est saburrale, il y a une légère angine pultacée. Le même jour le malade ressent une douleur sus-ombilicale sans localisation précise. Cette douleur est exagérée par la pression. Le ventre est un peu ballonné. Le facies du malade est coloré, les extrémités sont refroidies. La température centrale ne dépasse pas 37°. On observe une éruption de papules hémorragiques qui couvrent les fesses et les épaules. Les éléments des fesses sont très discrets. Ceux des épaules tendent à envahir les bras. Le malade est toujours constipé. Il ne prend que de l'eau bouillie. On lui met de la glace sur le ventre.

Le 24, œdème considérable de la verge. Le malade prend du citrate de soude, on lui injecte 100 grammes de sérum. Il y a hypothermie : 36°5. Les taches se sont étendues aux bras où elles siègent de prédilection sur le bord radial de l'avant-bras et au niveau de la face d'extension.

Le 25, le ventre est moins douloureux ; les taches ont apparu sur les mains et sur les genoux. Le malade est toujours constipé. Adrénaline : 1/4 de milligr. pendant quatre jours.

Le 27, les papules des genoux et des fesses n'ont pas augmenté. On note de petites macules très pâles sur le thorax et de l'œdème des mains. Lavement qui ramène des selles hémorragiques (globules rouges révélés par le microscope). Le pouls est à 112.

Le 28, nouveau lavement. Selles normales. Ce jour-là on commence à observer une légère diminution des taches. Le malade absorbe depuis le 27 de la limonade, du lait. L'abdomen est souple et non douloureux.

Le 30, appétit renaît. Les taches s'effacent de plus en plus. Le malade a des selles spontanées. Il reprend l'alimentation.

Le 5 août, desquamation généralisée de tout le corps. Guérison paraît complète.

Observation XXXV (Cette observation inédite a été prise par notre excellent ami Duché, externe des hôpitaux. Elle est reproduite avec la bienveillante autorisation de M. le professeur agrégé Teissier, chef du service). — Albert B..., âgé de 16 ans, ébéniste. Entre le 1^{er} juin pour *scarlatine* à l'hôpital Claude Bernard, salle Jenner.

La maladie a débuté le 28 *mai*, par un mal de gorge, de la céphalée, mais pas de vomissements.

30 *mai*. — Eruption apparaît, débute par les mains, généralisation rapide.

Actuellement (cinquième jour) l'exanthème est en voie de disparition, mais persiste encore sur le thorax et le ventre. La gorge présente une grosse amygdalite bilatérale, sans exsudat. La langue est en train de se dépouiller. Les ganglions sous et rétro-maxillaires sont très tuméfiés et douloureux. Température : 40°.

Comme antécédents, on note simplement la rougeole dans la première enfance.

Poumons : rien.

Cœur : rien.

Urines : rien.

Le 3 *juin*, adénopathie rétro-maxillaire gauche. Température : 39°.

Le 4 *juin*, la défervescence est faite : 37°. Selles très régulières.

Le 7 *juin*, le malade est pris de douleurs abdominales très violentes avec prédominance dans la région périombilicale. Elles sont à type paroxystique empêchant le malade de dormir. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression surtout dans la région de l'ombilic, peu dépressible, sans défense musculaire plus particulièrement localisée. Constipation : la dernière selle remonte au 4 *juin*. Les lavements sont sans effet. Le malade est mis à la diète. On ordonne des cataplasmes très chauds sur le ventre sans parvenir à calmer les douleurs.

Le 8 *juin*, douleurs abdominales diffuses, persistantes, *le ventre très ballonné a l'aspect d'un ventre de péritonite aiguë*. La palpation très douloureuse est sans douleur exquise et localisée.

La constipation est toujours opiniâtre.

On donne au malade deux verres d'eau de Sedlitz et quelques instants après le malade a un vomissement nettement porracé.

Dans le courant de la journée, plusieurs vomissements verts.

Le 9 *juin*, douleurs sans changement notable. Pas de température. Pouls à 100. Facies tiré, mais bon. Les vomissements verts se répètent.

Le 10 *juin*, même état. Etat général satisfaisant.

Le 11 *juin*, vomissements persistent. Pas de température. Pouls : 96. Facies grippé. Douleurs abdominales moins violentes, ventre toujours ballonné, constipation persiste.

Le 12 juin, les douleurs abdominales se calment. On peut palper le ventre. On sent dans la fosse iliaque gauche dans le gros intestin des matières très dures. Le malade est purgé sans résultat.

Le 14 juin, à la suite de lavages intestinaux, avec une grosse sonde rectale, le malade a une selle abondante.

Les jours suivants les lavages sont continués, provoquent des selles, les douleurs abdominales sont à peu près disparues, vagues et diffuses. Le ventre est redevenu normal, encore légèrement ballonné.

Le 17, le malade va à la selle de lui-même.

Le 18, arthralgie des coudes, des épaules, des genoux et des chevilles.

Le 20, apparition aux deux coudes de taches purpuriques, symétriques, petites; non confluentes; albumine dans les urines.

Le 21, purpura aux régions malléolaires.

Le 23, taches purpuriques aux jambes et aux genoux, surtout à gauche.

Le 24, taches nouvelles aux cuisses et à la hanche surtout à gauche.

Le 25, taches à la région antérieure du bras et de l'avant-bras gauches.

Les jours suivants, les taches disparaissent progressivement. Albumine persiste, mais diminue.

Le 29, les taches des malléoles sont encore visibles. Plus rien ailleurs. Ventre normal légèrement douloureux d'une façon diffuse. Selles normales. Le malade engraisse.

Le 6 juillet, sort guéri.

CONCLUSIONS

Il existe précédant ou accompagnant le purpura des crises douloureuses abdominales de caractères spéciaux surtout intéressantes par les erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu.

C'est par excellence le fait du purpura dit rhumatoïde ou exanthématique de présenter ces crises. On ne les rencontre pas dans les autres formes de purpura : purpura infectieux, purpura fulminans, maladie de Werlhof. On les observa donc surtout chez les sujets prédisposés au purpura rhumatoïde : les enfants et les jeunes gens.

Elles donnent au purpura rhumatoïde une allure particulière (*forme gastro-intestinale* ou *pseudo-péritonéale*, purpura de Henoch des Allemands et des Anglais).

On sait que le purpura rhumatoïde présente une triade décrite par Schönlein :

- 1° Eruption cutanée purpurique.
- 2° Arthralgies, œdèmes articulaires, etc.
- 3° Troubles gastro-intestinaux.

Le troisième terme est souvent insignifiant. C'est lui qui passe au premier plan dans la forme accompagnée de crises gastro-intestinales, constitué ordinairement lui-même par une triade symptomatique : 1° *Les douleurs abdominales violentes* souvent d'une intensité extraordinaire.

2° *Les vomissements* fréquents, parfois incoercibles, souvent porracés ou teintés de sang, quelquefois fécaloïdes.

3° *Les selles sanglantes*, dysentériques.

Ces trois symptômes sont à allures paroxystiques commençant et cessant brusquement.

Dans certains cas, la diarrhée sanglante est remplacée par une constipation opiniâtre.

A côté des trois symptômes primordiaux, il y a d'autres signes plus inconstants : facies abdominal, ventre rétracté ou météorisé, poulx péritonéal et contribuant quand ils existent à accentuer la ressemblance avec les affections à syndrome péritonéo-abdominal.

Les crises gastro-intestinales ont à un haut degré le caractère d'être récidivantes pendant des semaines, des mois, des années même.

Elles coïncident avec l'éruption cutanée ou la précèdent de plusieurs heures, quelquefois de plusieurs jours. Peut-être y a-t-il des crises de même nature sans purpura cutané.

Elles rappellent des crises analogues rencontrées au cours de l'œdème aigu local et de l'urticaire, affections cutanées accompagnant fréquemment le purpura rhumatoïde.

Généralement malgré leur apparente gravité le malade guérit, cependant on a pu noter à leur suite deux rares, mais graves complications :

1° La péritonite par perforation.

2° L'invagination intestinale.

Le diagnostic ordinairement assez aisé devient dans certains cas d'une extraordinaire difficulté, surtout quand la crise précède de longtemps l'apparition de l'exanthème purpurique.

Elles simulent principalement :

des affections médicales	{	la colique de plomb.
		la crise gastrique tabétique.
		la colique hépatique.
		les empoisonnements.

des affections chirurgicales	{	l'appendicite.	{	appendiculaire gastrique.
		la péritonite par perforation		
		l'occlusion intestinale		

et surtout l'*invagination intestinale*, à cause des selles sanguinolentes, diagnostic d'autant plus difficile que cette dernière affection peut se rencontrer réellement au cours du purpura.

Elles ont provoqué plusieurs fois des laparotomies inutiles.

Leur pathogénie est encore obscure. Pour les expliquer deux grandes théories sont en présence : celle du *purpura intestinal* et péritonéal, des hémorragies dans l'épaisseur de l'intestin (dont la réalité est démontrée par quelques autopsies et laparotomies) et celle de la *lésion nerveuse* de nature probablement toxi-infectieuse, de siège placé par les uns au niveau de la moelle (Faisans, etc.), par les autres au niveau du sympathique, du plexus solaire (Couty, etc.). Chacune de ces théories a des arguments séduisants. Il est actuellement impossible de prendre parti.

Le traitement nécessite souvent la morphine pour calmer les douleurs. Le chlorure de calcium, l'adrénaline, le sérum sanguin frais sont surtout indiqués aujourd'hui pour combattre la cause du purpura, vraisemblablement de même nature que celle des crises.

VU :

Le Président de thèse,
HUTINEL.

VU :

Le Doyen,
C. DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

L'Inspecteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

- APERT. — Le purpura, sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques. *Thèse*. Paris, 1897.
- AIELLO. — Pathologie et traitement du purpura hémorragique. *Riforma medica*, 1894.
- ADAM. — De l'œdème dans le purpura. *Thèse*. Paris, 1892.
- ANONYME. — Revue sur les crises viscérales du purpura de Hénoc'h. *Brit. Journal of Childrens diseases*, n° 1, 1904.
- BABES. — *Arch. de Med. experim*, 1893.
- BARBIER. — Purpura. *Traité des Mal. de l'Enfance*, 2^e édition, t. I.
- BINET. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1886.
- BOUCHUT. — *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 247.
- BURROWS. — Cas de purpura de Hénoc'h dans lequel on fit une laparotomie. *British Journal of Childrens diseases*, n. 1, 1904.
- CALMELS. — Troubles gastro-intestinaux dans les purpuras. *Thèse*. Paris, 1902.
- LE CALVÉ. — Œdème aigu toxinévrotique ou Maladie de Quincke. *Thèse*. Paris, 1901.
- DU CASTEL. — Diverses espèces de purpura. *Thèse d'Aggrégation*, 1883.
- COLLINS. — Angioneurotic œdem. *American Journal Med. Scientia*, 1892.
- COMBY. — *Progrès médical*, 28 août 1880.
- COUTY. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de chirurgie*, 1876, p. 563.
- CRAWFORD. — *Lancet*, 1903, p. 1154.
- DAVAINE. — Contribution à l'étude du rhumatisme. *Thèse* Paris, 1879.
- DAVID. — Un cas de péritonisme au cours d'un purpura rhumatoïde chez un syphilitique secondaire. *Tribune médicale*, 19 nov. 1904.
- DILLER. — Œd. angéionévrotique. *Philadelphia. Méd. Journal*, 1906.
- DIRKS DILLY. — Maladie de Werlhof de l'enfant. *Thèse*. Paris, 1879.
- DOMINICI. — Purpura. *Pratique dermatologique*.

1. Cette bibliographie est celle des ouvrages qui ont servi de base à ce travail.

- VON DUSCH et A. HOCHÉ. — Henosche Purpura. *Festschrift für Henoch*, 1890.
- FAISANS. — Du purpura myélopathique. *Thèse*. Paris. 1882.
- FISCHER. — Purpura de Hénoch sans purpura cutané. *British Journal of Children's diseases*, n. 2, 1904, p. 96.
- GIBERT. — 2 cas de Rhumatisme pétéchial. *Gaz. Méd. de Paris*, 1877.
- GONJOT. — Du purpura idiopathique aigu. *Thèse*. Paris, 1883.
- GROSZ. — Purpura chez les enfants. *Archiv. für Kinder heilkunde*, 1894, vol. XVIII, p. 1.
- HENOCH. — *Kindlichen Alter*. Berl. Klin. Wochenschrift, 1867.
- *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1874, n. 51.
- *Vorlesungen ü. Kinder Krankheiten*, 1883.
- *Lehrbuch. d. Kinderkrankheiten*, 1899.
- HOLMES. — OEdème aigu local et purpura. *Boston med. and surg. Journal*. 1891.
- HUTINEL. — Des variétés cliniq. du purpura *Semaine médicale*. 1890.
- JACOBSON. — Appendicite hémorragique comme première manifestation du purpura. *Med. Record*. 7 fév. 1903.
- LACET. — Etude sur le purpura simplex à forme exanthématique. *Thèse*. Paris. 1875.
- LAIGUEL-LAVASTINE. — Plexus solaire. *Thèse*. Paris. 1903.
- LAING GORDON. — *The Lancet*. 1903, p. 433. Une forme rare de purpura.
- LEO LANGSTEIN. — Erythème hémorragique chez les enfants. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, avril 1905.
- LATOUR. — *Histoire des hémorragies*. Paris, 1828, p. 156.
- LE GENDRE. — Congrès de pédiatrie de Marseille, 1898.
- LENTZ. — Un cas d'urticaire hémorragique. *Berl. Klin. Wochenschrift*. 1898.
- LEWY. — *Wiener Med. Wochenschrift*. 1888.
- LONGLEY. — Un cas de purpura de Hénoch. *Brit. Med. Journal*. 14 avril 1906.
- MACKENZIE. — *Albutt's system of Medicine*, vol. V, p. 582.
- MARFAN. — Purpura. *Traité des Mal. de l'Enfance*. 1^{re} édition. T. II.
- MARTIN DE GIMARD. — Purpura hémorragique primitif. *Thèse*. Paris. 1888.
- MATHIEU. — Purpura hémorragique. *Thèse*. Paris. 1883.
- Purpura. *Dictionnaire Dechambre*.
- MERKLEN. — Urticaire. *Pratique Dermatolog.*
- MILLIGAN. — *Lancet*, 1888, p. 864.
- MISTARLET. — *Thèse*. Paris. 1876.
- MOUSSOUS. — Mal de Bright survenu chez deux enfants au cours du

- purpura rhumatoïde. *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, 1891.
- NATU. — *Thèse*. Paris, 1882.
- ODDO ET OLMER. — Purpura et affections viscérales. *Archiv. gen. Med.* 1900.
- OLLIVIER D'ANGERS. — *Arch. gén. Méd.* 1827, p. 206.
- ORIOU. — Lésions des artères dans le purpura hémorragique. *Thèse*. Paris, 1877.
- OSIER. — On the visceral complications of Erythema exsudativum multiforme. *Amer. Journal Med. Sc.*, déc. 1895.
- PERRIN. — Les purpuras de l'enfance. *Archives de Méd. des Enfants*. Sept. 1899.
- POPPI. — Etiologie et pathogénie du purpura rhumatoïde. *Gazetta degli ospedali et delle cliniche*, n° 4, 1898. Analyse dans *Archiv. de Méd. des enfants*. 1899, p. 44.
- RANDALL. — *Méd. Moderne*, 1894.
- RENDU. — *Annales de Dermatologie*, 1873-74, p. 412 et 1874-75, p. 5, 110, 193.
- Le purpura exanthématique et sa pathogénie. *Sem. Médicale*, 25 mai 1898.
- RILLIET et BARTHEZ. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. II.
- RIST ET PARIS. — *Société de pédiatrie*, 1903.
- SCHONLEIN. — *Travail sur le purpura*. Wurzburg, 1829.
- SILBERMANN. — *Henoch Festschrift*, 1890.
- SIMON. — Les purpuras primitifs de l'enfance. *Gaz. des hôp.*, 1904.
- SORTAIS. — Le purpura. Considérations étiologiques et pathogéniques. *Thèse*. Paris, 1896.
- SOYER. — OE'dème pourpré fébrile. *Thèse*. Paris, 1878.
- SPOLVERINI. — *Annales de Méd. et de chir. infantiles*, 1899. 5 cas de purpura accompagné de troubles digestifs.
- STEINER. — *Compendium des maladies des enfants*, 1880.
- STIELDORF. — *Thèse*. Strasbourg, 1864.
- STRAUS. — *Archives de neurologie*, 1881.
- SUTHERLAND. — *Pédiatries*, 1896.
- Invagination et purpura de Hénoc. *British journal of Childrens diseases*, n° 1, 1904.
- THIBIERGE. — Purpura. *Traité de médecine*, t. III.
- VALLIN. — *Gaz. méd.*, 1863, p. 736.
- VERNIER. — Purpura hemorragica. *Thèse*. Paris, 1873.
- VIERHUFF. — *Saint Petersburg med. Woch.*, 1893, n° 41.
- VOLLBRACHT. — Purpura et mal. d'Addison. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 1899.

VULPIAN. — *Les vaso-moteurs.*

WAGNER. — *Arch. der Heilkunde*, 1869, p. 361.

WILLAN. — *On cutaneous diseases*, 1888, p. 457.

ZIMMERMANN. — *Arch. der Heilkunde*, 1874, p. 167.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
Historique.	3
Conditions d'observation	6
Symptomatologie	13
Diagnostic.	26
Pronostic	34
Anatomie pathologique	36
Pathogénie	40
Traitement	48
Observations	50
CONCLUSIONS	111
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	115

